ANNO XXXI Roma, 7 Luglio 1924 Fasc. 27

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI IGIENE DELLA R. UNIVERSITÀ DI BOLOGNA.

Direttore: Prof. D. OTTOLENGHI.

Un esperimento di vaccinazione antitifica per via orale.

Dott. GIUSEPPE BROTZU.

Le vaccinazioni antitifiche, malgrado la loro efficacia generalmente riconosciuta, non sono finora entrate nella pratica ordinaria, e infatti, nonostante che i brillanti risultati avuti con il loro uso fra le truppe operanti nei vari fronti della guerra europea stiano a provare di quale utilità esse siano, tuttavia la popolazione civile quasi mai ricorre a questo mezzo profilattico. A ciò contribuiscono indubbiamente in buona parte le reazioni, locali e generali, che sono provocate da queste vaccinazioni quando si facciano per via ipodermica.

Ed è precisamente per ovviare a tali inconvenienti che da vari anni si stanno studiando dei vaccini da somministrarsi per via orale.

I primi esperimenti più importanti sono stati fatti da Lumière e Chevrotier con vaccini in capsule cheratinizzate per proteggerli dall'azione del succo gastrico; essi sono stati quindi seguiti da prove su più vasta scala mediante vaccini biliati per opera di Besredka ed altri.

La bile, secondo Besredka, dovrebbe liberare le pareti intestinali dal muco che le ricopre, provocando per giunta una certa disepitelizzazione che favorirebbe l'assorbimento delle sostanze batteriche. Non è però improbabile che la bile possa anche agire favorevolmente con il neutralizzare il secreto gastrico, impedendone l'azione sui corpi batterici.

Nicolle e Conseil fecero pure ricerche analoghe, ma senza l'uso della bile, per la febbre mediterranea, e poterono constatare, che gli individui, a cui si erano somministrati i vaccini antimelitense per via orale, resistevano all'ingestione di germi vivi, mentre i controlli, non vaccinati, cadevano malati.

Un esperimento analogo, fatto da Nicolle e Conseil, per la dissenteria non riuscì molto probativo a causa della difficoltà di riprodurre costantemente la malattia con i germi vivi.

E per questa infezione ci si è dovuti quindi limitare ad osservare i risultati di vaccinazioni per via orale di un numero più o meno grande di individui in occasione di qualche epidemia. Vi è in proposito una relazione molto favorevole del Gauthier su prove eseguite in Grecia tra i profughi dell'Asia Minore.

Per il tifo vi sono pure degli esperimenti di vaccinazione per os fatti in qualche piccola epidemia.

Degni di nota sono specialmente quelli del Vaillant, del Besredka stesso, del Gauthier e del Pirie e Orenstein.

Il primo in occasione di una piccola epidemia verificatasi al Pas de Calais potè vaccinare per os 1236 persone. Tra queste non si notarono in seguito che due casi di tifo, mentre fra 600 non vaccinati, abitanti la stessa zona, se ne ebbero ben 50. Debbo subito però rilevare che questa statistica offre numerosi lati alla critica, perchè vi si tien conto anche dei vaccinati di paesi dove, non essendosi più verificati dei casi nuovi di infezione, anche tra i non vaccinati, si potrebbe pensare che l'epidemia fosse cessata per altri motivi.

Un'altra prova venne fatta dal Besredka a La Flèche, in una scuola militare, vaccinando 253 allievi per via orale e 268 per via sottocutanea. Tra quelli trattati per os non si ebbero che 5 casi nei primi 11 giorni consecutivi alla vaccinazione, mentre fra gli altri se ne verificò invece un numero doppio.

Il Gauthier riferisce che un'epidemia di tifo, che, a Kakosalessis, aveva dato in due mesi ben 200 casi di infezione ebertiana, cessò mediante le vaccinazioni orali, dopo le quali non si verificò che 1 caso di tifo nei primi 7 giorni.

Le prove del Pirie e Orenstein furono fatte invece a Outbreak (Africa) su 3605 individui. Dopo la vaccinazione non si ebbero tra questi che 16 casi nei primi 18 giorni. Gli autori ammettono però la probabilità che l'epidemia fosse già sul declinare.

Quasi tutti questi esperimenti riguardanti il tifo sono però non troppo persuasivi, perchè in generale manca il termine di paragone che dovrebbe esser costituito da individui non immunizzati, i quali trovandosi in condizioni identiche di contagio si ammalino dopo il periodo delle vaccinazioni, provando così la persistenza della causa di infezione. Nè si è finora trovato in queste vaccinazioni una reazione immunitaria che provi sicuramente un aumento delle proprietà difensive dell'organismo. Solo qualche volta si è visto una lieve elevazione del tasso agglutinante del siero; ma è noto che è ancora da decidersi in quale rapporto si trovino le agglutinine con le proprietà difensive dell'organismo.

Essendo stato perciò informato dell'esistenza di numerosi casi di tifo ad Acquaviva, frazione del Comune di Montepulciano (Siena), per consiglio del prof. Ottolenghi ho fatto qualche prova di vaccinazione orale, onde portare un piccolo contributo allo studio dell'argomento.

In un sopraluogo alla fine del mese di settembre, abbiamo potuto rilevare alcuni dati interessanti: la frazione, che conta circa 3800 abitanti, di cui 2600 sparsi in case coloniche, e 1200 aggregati, trovasi in condizioni igieniche generali pessime: scarsità di acqua sia per uso potabile che per altro uso, mancanza di fognatura stradale, e primitiva quella delle case, agglomeramento eccessivo della popolazione, tanto che famiglie numerose erano costrette a vivere in una o due stanze, invasione straordinaria di mosche in tutto l'abitato. Questi rilievi spiegano l'andamento piuttosto grave e la persistenza della malattia che ormai vi domina già da vari anni.

Nell'anno 1923 l'epidemia si era iniziata nel luglio, e al momento del sopraluogo si erano verificati già 72 casi, con una morbilità del 6 % tra la popolazione aggregata, e del 0.6 % tra quella di campagna; tra quest'ultima la mortalità era però assai più grave perchè raggiungeva il 18 per cento dei malati mentre nel paese era solo dell'8 %.

L'epidemia dopo il nostro sopraluogo, e, sia durante che dopo le vaccinazioni continuò a svolgersi, e si ebbero a contare ancora altri 60 casi di tifo, che solo raramente, come si vedrà meglio in seguito, si verificarono tra i vaccinati.

Preparazione del vaccino. — Il Besredka non dà mai ragguagli circa la preparazione del vaccino biliato; sappiamo solo che esso consiste in pillole di bile e in compresse contenenti i germi uccisi con il calore. Riguardo alla quantità, sappiamo che nel coniglio egli usò delle dosi di 20 miliardi di germi per volta.

Il Pirie e il suo collaboratore usarono invece per l'uomo la dose di 35 miliardi pro die. Il Nicolle e Conseil riferiscono di aver somministrato per la febbre di Malta dosi giornaliere di 100 miliardi. Di quantità assai minori si si servì il Gauthier.

Io mi sono attenuto a dosi medie di 50 miliardi pro die. I germi coltivati su piastra si raccolsero con soluzione fisiologica al 0,85% di NaCl, e si unirono quindi le emulsioni di patine di tifo e paratifi A e B (gli stipiti usati erano molto virulenti e isolati di recente) nelle proporzioni di 7 miliardi e mezzo di bacilli di tifo e 3 miliardi e 750 milioni rispettivamente di paratifo A e di paratifo B. L'emulsione così preparata venne riscaldata per 1 ora a 60°, e dopo controllata la morte dei germi, venne centrifugata fino a sedimentazione completa di questi. Con tale sedimento, mescolato a bile concentrata al decimo, e ad una quantità sufficiente di polvere di liquirizia, si poterono preparare delle pillole.

Le dosi vaccinali venivano ingerite la mattina a digiuno per tre giorni di seguito, quindi

dopo un giorno di intervallo si prendeva al quinto di un'altra dose.

La posologia fu la seguente:

Per adulti: 2 compresse grandi al giorno (= 50 miliardi di germi + 40 cc. di bile).

Da 12 a 16 anni: 1 compressa grande e 1 piccola al giorno (= 37 miliardi di germi + 30 cc. di bile).

Da 6 a 11 anni: 2 compresse piccole al giorno (= 25 miliardi di germi + 20 cc. di bile).

Da 5 a 1 anno: 1 compressa piccola al giorno (= 12.5 miliardi di germi + 10 cc. di bile).

Dopo l'ingestione si raccomandava di bere un buon bicchiere d'acqua.

Non essendoci stato possibile preparare delle grandi quantità di pillole, poichè il tempo incalzava e ci si avvicinava al periodo in cui i casi di malattia potevano naturalmente cessare o diminuire, dovemmo vaccinare solo un piccolo numero di individui scegliendoli tra le famiglie più colpite e in peggiori condizioni igieniche.

Per confronto in una di queste famiglie si fecero anche delle iniezioni sottocutanee con vaccino T. A. B.

Ed ecco i risultati delle prove eseguite:

1) *Famiglia Allegria*. Di nove individui: ammalano di tifo tre di essi (Lucia di anni 19, l'8 agosto 1923, Rosa di anni 6, l'8 settembre, Annunziata di anni 50, il 16 settembre; tre vengono quindi vaccinati per via orale nella prima metà di ottobre (Angiolo di anni 54, Silvio di anni 14, Vera di anni 10); altri tre rimangono non vaccinati (Concetta di anni 19, David di anni 18, Italia di anni 14).

Dei tre vaccinati ammala Vera il giorno 25 dicembre; dei tre non vaccinati ammala Concetta il 23 ottobre e David il 24 ottobre.

Come è facile rilevare dalle date dei casi di tifo, la causa di infezione è persistita a lungo anche dopo il periodo in cui venne eseguita la vaccinazione.

2) *Famiglia Galli*: Individui componenti la famiglia 17: tre di questi cadono malati (Argentina di anni 46, il 2 ottobre, Angiolo di anni 28, il 16 ottobre e Nella di anni 40 pure il 16 ottobre); otto si vaccinano per via orale nella seconda metà di ottobre (Demetrio di anni 18, Oria di anni 10, Pasquale di anni 36, Orlandina di anni 31, Quintilio di anni 17, Concetta di anni 23, Elena di anni 14, Ceccuzzi Isolina, infermiera, di anni 40); sette invece non si vaccinano (Lorenzo a. 23, Cloe a. 4, Raffaello a. 75, Felice a. 60, Giuseppe a. 45, Bruno a. 9, Giuliano a. 2).

Dei vaccinati nessuno contrae il tifo, dei non vaccinati due cadono invece malati (Lorenzo il 25 novembre e Cloe il 10 novembre).

Anche in questa famiglia è evidente il permanere della causa di infezione sia durante che dopo il periodo della vaccinazione.

3) *Famiglia Ferri* di 6 individui: di questi uno ammala di tifo (Pierina di a. 27, il 27 ottobre 1923. Gli altri cinque membri della famiglia pochi giorni dopo si vaccinano tutti (Ferruccio a. 35, Rosa a. 40, Bastreghi a. 14, Bennati Laura di a. 30, Bennati Agnese a. 74) e nessuno contrae più il tifo. In questo caso manca il controllo di individui non vaccinati, ma non è improbabile che essendovi un ammalato di tifo, date le condizioni disagiatissime della casa, non mancassé l'occasione di infettarsi anche per gli altri membri.

4) *Famiglia Falaschi* di tre individui: di questi cade malato un bambino di 5 anni il giorno 25 ottobre. Alla fine dello stesso mese gli altri due (Guido di a. 36, Angiolina di a. 31) si vaccinano per via orale. Non contraggono l'infezione. Per questa famiglia possono ripetersi le considerazioni della precedente.

5) *Famiglia Fumi*: Individui componenti la famiglia 26; cinque di questi cadono malati (Zoe di a. 40, il 21 agosto, Guido di a. 17, il 5 ottobre, Algero di a. 10, il 5 ottobre, Teresina di a. 8, pure il 5 ottobre, Pietro di a. 29, il 12 ottobre).

Due si vaccinano per via orale nella prima quindicina di ottobre (Ruggero di a. 14, Angiolo di a. 48); contemporaneamente 12 si vaccinano per via sottocutanea (Concetta di a. 29, Maria di a. 68, Emilio di a. 40, Caterina di a. 28, Luigi di a. 38, Dina di a. 19, Irma di a. 9, Pia di a. 21, Zelinda di a. 7, Luciano di a. 4, Erino di a. 1, Sparviero di a. 2, Aldo di a. 1); cinque non vengono invece vaccinati, e contraggono tutti il tifo (Danfusi di a. 3, ammala il 18 ottobre, Gino di a. 13, cade malato il 20 ottobre, Riccardo di a. 3, pure il 20 ottobre, Pasquina di a. 36, il 15 novembre e Uliana di a. 13, il 25 ottobre).

Tra i vaccinati per via orale nessun caso di tifo; uno invece tra quelli vaccinati per via sottocutanea, Maria l'11 novembre).

La persistenza della causa di contagio, e la facilità di esso è in questa famiglia evidentissima tanto che tutte le persone non vaccinate caddero malate.

Riassumendo, sono stati presi in considerazione 70 individui; di questi, 21 sono stati vaccinati per via orale, 13 per via sottocutanea, e 36 sono rimasti di controllo.

Tra i 21 vaccinati per via orale si è verificato un caso di infezione ebertiana, ossia il 5 % circa.

Tra i 12 vaccinati per via sottocutanea, se ne è verificato uno, ossia il 9 %.

Tra i 36 non vaccinati si sono invece avuti ben 8 casi di malattia e cioè il 22 %.

Queste cifre hanno uno speciale valore poichè, da quanto su ho riferito, esse riguardano famiglie dove i vaccinati sono rimasti evidentemente esposti alla possibilità di un'infezione.

Di qualche importanza potrebbe essere pure l'andamento clinico del caso di malattia verificatosi in un individuo già vaccinato per os, poichè ci è sembrato che questa infezione decorresse in modo più benigno. Tuttavia in proposito è doveroso osservare, che trattandosi di un malato ancora bambino, potrebbe contribuire a ciò anche il fattore dell'età, dato che,

secondo la convinzione generale, il tifo decorre nell'infanzia in modo più lieve.

Un altro rilievo che dobbiamo pure fare è che il vaccino è stato sempre perfettamente tollerato. Scarsi sono stati i disturbi, a cui esso ha dato luogo: solo si ebbe qualche scarica diarroica, qualche dolore addominale di breve durata e qualche nausea.

L'innocuità della vaccinazione per via orale è anche indicata dal fatto che altre famiglie colpite da casi di tifo richiesero spontaneamente di esser vaccinate a quel modo, mentre sappiamo che spesso nelle vaccinazioni ipodermiche gli individui che si sono sottoposti alla prima iniezione si rifiutano in seguito di eseguire le altre.

I dati qui riferiti, pur riguardando uno scarso numero di individui, sembrano favorevoli alla vaccinazione per os; tuttavia, poichè molte sono le cause di errore che possono falsare i risultati di simili esperienze, prima di poter venire ad una conclusione sicura sarà opportuno ripetere e sperimentare su più vasta scala tali vaccinazioni per via orale.

BIBLIOGRAFIA.

LUMIÈRE e CHEVROTIER. Acad. des Sciences, 1914, pag. 197.
BESREDKA. Annales de l'Inst. Pasteur, 1919, pag. 301-882.
NICOLLE e CONSEIL. Annales de l'Inst. Pasteur, 1922, pag. 579.
L. VAILLANT. Annales de l'Inst. Pasteur, 1922, pag. 149.
BESREDKA. Bull. de l'Inst. Pasteur, 1923, pag. 843.
PIRIE e ORENSTEIN. Trop. Diseases Bulletin, 1923, n. 9.
A. GAUTHIER. Bull. de l'Ac. de Méd., 15 gennaio 1924.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPITALE CIVILE DI UDINE.
SEZIONE CHIRURGICA FEMMINILE
diretta dal Chir. Prim. dott. LUIGI RIEPPI.

Interessante caso di incarceramento d'utero gravido in quarto mese.

Per il dott. LUIGI TOMASI, assistente effettivo.

A. M. d'anni 43, da Pagnacco, entra in Reparto il 4 agosto 1922 con diagnosi di cistite. Nulla di importante nei precedenti della paziente, pluripara, nessun aborto, parti tutti normali, ultimo parto novembre 1920.

Da tre mesi la paziente è amenorroica, due mesi fa accusò, per la prima volta, dolori vaghi, improvvisi, localizzati ai quadranti addominali inferiori. Da qualche settimana ha notato stipsi ostinata e difficoltà alla minzione; sei giorni or sono i dolori addominali ricomparvero con intensità maggiore accompagnandosi ad elevamenti termici rilevanti.

In questi ultimi giorni la paziente accusa coprostasi ed iscuria paradossa, l'orina si è fatta torbida saniosa e fetida, contiene lacerti membranacei.

Stato presente. — L'areola mammaria è notevolmente pigmentata e contiene numerosi tubercoli del Montgomery ingrossati, la compressione della ghiandola mammaria dà esito a siero colostro, la linea alba è leggermente pigmentata come lo sono i genitali esterni.

L'addome è teso meteorico, prominente, dolentissimo alla pressione tanto che la palpazione è resa impossibile.

Alla regione dello Scarpa di destra notasi una tumefazione rotondeggiante coperta da cute normale, il volume aumenta durante gli sforzi e sotto i colpi di tosse, tale tumefazione, a detta della paziente, è comparsa da soli due giorni.

Coll'esame bimanuale a stento si riesce a percepire il collo uterino sollevato in alto sotto il pube, tutti i fornici vaginali specie il posteriore sono tesi dolenti alla pressione, di consistenza pastoso-elastica.

La siringazione è resa difficile da una compressione esercitata sull'uretra da un voluminoso corpo situato nel piccolo bacino, l'orina estratta è purulenta, ha reazione alcalina, odore caratteristico.

La puntura esplorativa del fornice vaginale posteriore ripetuta due volte dà esito a sangue rosso rutilante.

Si fa diagnosi d'incarceramento nel piccolo bacino d'utero gravido in quarto mese e di ernia crurale destra e si decide l'intervento chirurgico.

7 agosto 1922. *Atto operativo. Narcosi cloroeterea.* (Opera il chirurgo primario Luigi Rieppi). — Si procede in primo tempo all'operazione dell'ernia crurale, aperto il sacco erniario vi si introduce un dito e così si può rilevare che gran parte del corpo uterino è incarcerato nel piccolo bacino, esplorando con maggior cura, attraverso le pareti uterine si percepiscono anche piccole parti fetali.

Si passa alla laparotomia sottombelicale mediana. Aperto l'addome, nel grande bacino si nota una tumefazione della grossezza di un

pugno d'adulto di consistenza pastoso-elastica, su tale massa si nota l'impianto uterino di una tromba di Falloppio, la maggior parte del corpo uterino è incarcerata nel piccolo bacino; con opportune manovre si riesce a mobilizzare tutto il corpo uterino ed a riportarlo, come di norma, nella cavità addominale.

Si passa quindi alla sutura a strati delle pareti addominali.

Il decorso postoperatorio fu normale, in pochi giorni con semplici irrigazioni vescicali di soluzione borica al 3 % anche la cistite scomparve e la paziente fu dimessa il 6 settembre 1922 completamente guarita.

Riveduta l'ammalata il 6 settembre 1923 afferma d'aver partorito al termine del nono mese di gravidanza normalmente e di non aver mai avuto disturbo alcuno dopo l'atto operativo.

L'utero ha fisiologicamente delle escursioni abbastanza estese, ma è loro precipuo carattere d'essere transitorie, l'alterazione della posizione dell'utero esiste realmente quando tale situazione invece d'essere transitoria è permanente.

La retroflessione è senza dubbio la più frequente forma d'alterazione di posizione d'utero ed essa è la causa più comune d'incarceramento d'utero gravido; tale retroflessione in casi rari è congenita ma il più delle volte è acquisita e può esser dovuta:

I) ad insufficienza dei mezzi di fissità dell'utero spesso causata da pluriparità;

II) a breglie cicatriziali dovute a pregresse infiammazioni pelviche;

III) a disordine nell'involuzione uterina post partum;

IV) in taluni casi rari, essendo la vescica piena, violenti colpi di tosse, cadute o colpi sull'addome possono causare una retrodeviazione acuta.

Possono infine impedire all'utero gravido di uscire dallo scavo; l'angolo sacrovertebrale sporgente o tumori addominali degli annessi.

Quando l'utero per una causa qualsiasi è caduto nello spazio del Douglas, questa posizione viziosa trae seco disturbi circolatori che causano aderenze e contatti per cui spesso è impossibile la riduzione spontanea.

Naturalmente la chiara sintomatologia entra in scena solo quando l'utero aumentando di volume per effetto della gravidanza non può più essere contenuto nel piccolo bacino senza comprimere gravemente uretra, vescica e retto causando così ristagno d'orina, iscuria e coprostasi. Il momento in cui questo avviene di solito oscilla fra il terzo ed il quarto mese di gravidanza.

Concludendo da quanto fu descritto e detto risulta chiaro trattarsi nel caso nostro d'incarceramento d'utero gravido causato da retroflessione uterina dovuta ad insufficienza di mezzi di fissità dell'utero impluripara.

Solo all'inizio del quarto mese di gestazione fu possibile la diagnosi esatta perchè solo allora comparvero i sintomi patognomonici, cioè ristagno d'orina iscuria e coprostasi. È probabile che l'ernia, come afferma la paziente, sia comparsa solo negli ultimi giorni della malattia, e sia stata causata dagli sforzi violenti che la paziente faceva durante la defecazione e la minzione.

Di un caso di artrite suppurativa della sinfisi pubica in puerperio

per il dott. EMILIO ZOLI
medico chirurgo a Dovia di Predappio.

P. B., di anni 36, coniugata a S. Savino di Predappio.

Donna di costituzione scheletrica normale ed in ottime condizioni generali; non fu mai ammalata e non ha alcun precedente ereditario degno di nota. Ai primi del febbraio 1923 soffrì di un lieve attacco di influenza di cui guarì in cinque o sei giorni.

Ebbe otto gravidanze terminate tutte con parti e puerperi felici, eccetto l'ultima di cui ci occupiamo in questa nota.

Il 23 febbraio 1923 partorì un feto, di sesso femminile, dopo una gestazione migliore delle precedenti. Il parto, per affermazione della levatrice e della puerpera, fu un po' più lungo dell'ordinario; ma nulla di anormale ebbe a verificarsi anche a carico del secondamento.

La notte successiva al parto, la puerpera accusò violento brivido, seguito da rialzo della temperatura fino a 40°; inoltre dolore vivissimo, puntorio, alla regione pubica, diffuso alla faccia antero-interna delle coscie.

Il giorno seguente visitai la donna e più del dolore, sul quale ella insisteva, nell'esposizione della sua malattia, mi preoccupai del rialzo termico così alto e improvviso sopraggiunto al parto. L'utero, alla palpazione, raggiungeva col suo fondo la ombelicale trasversa; si presentava globoso, ma alquanto rilassato. La lochiazione appariva normale in quantità e in aspetto. Nessun disturbo nella minzione; non albuminuria. All'esplorazione vaginale nessun importante rilievo. Notai però che avendo appoggiato la mano sinistra sul pube per divaricare i genitali esterni, per praticare l'esplorazione vaginale, la donna emise un grido acutissimo; la mia mano aveva fortemente esacerbato il dolore di cui la paziente insistentemente si lamentava.

Prescrissi una iniezione di siero antistreptococcico polivalente e applicazione locale di ghiaccio.

Dopo due giorni il quadro fu alquanto più grave. Il volto era acceso, sofferente, rivelando un grande malessere, soporoso, soffuso di sudore; le labra e la lingua aride. Il polso frequente, ma regolare; lieve dispnea. L'utero si manteneva globoso e flaccido ed era leggermente dolente alla palpazione. I lochi erano divenuti cremosi ed emanavano odore nauseabondo. Il dolore al *monte di Venere* e alle co-

scie era notevolmente cresciuto, tanto che la paziente mal sopportava il leggero contatto delle coltri e trascurava le sofferenze cagionatele dalla febbre, dai brividi, dall'abbondante diaforesi, particolarmente di notte. La febbre non era diminuita; i brividi si erano ripetuti, più lievi, ogni giorno.

Presumendo di essere di fronte a una *saproemia puerperale*, praticai blando *curettage* della cavità della matrice, seguito da lavaggio intrauterino all'acqua ossigenata. Feci continuare le applicazioni di ghiaccio e feci iniziare una serie di iniezioni quotidiane (dodici) di *Eléctrargol*.

Questo procedimento se modificò rapidamente l'aspetto della lochiazione e stimolò la rapida involuzione dell'utero, non portò quasi alcun cambiamento nello stato generale della puerpera, nè fece diminuire il dolore che obbligava la donna in una posizione di supinazione e di immobilità.

Il *monte di Venere*, i genitali esterni non presentano alcuna tumefazione nè arrossamento. Gli arti inferiori sono ravvicinati e distesi. I movimenti volontari di flessione, estensione, abduzione, rotazione interna ed esterna sono possibili ma provocano ed esacerbano il dolore alla sinfisi pubica. Anche passivamente i movimenti sono tutti possibili, ma persiste il fenomeno dolorifico. «Mi pare che mi pungano con una punta di fuoco», afferma, gemendo, la paziente e indicando la sinfisi del pube. Ogni palpazione e pressione in quel punto infatti acutizza il dolore. La palpazione e la pressione sui muscoli delle coscie non dà quasi alcun risentimento. Evidentemente è la sinfisi pubica la sede di un processo morboso di natura flogistica. La forma del pube non presenta alterazioni tanto nella arcata inferiore che nella parte superiore; l'elasticità della articolazione, provata esercitando una pressione concentrica, contemporaneamente, sulle spine iliache, è diminuita. Le articolazioni coxo-femorali si presentano integre. La vescica si svuota sempre regolarmente e le urine, chiare, non contengono tracce di albumina. Il retto si svuota pure regolarmente. Non si apprezzano ingrossamenti ganglionari agli inguini.

Sul finire del mese di marzo il dolore andò mitigandosi; però la donna avvertì senso di martellamento là dove prima accusava più intenso il dolore. La palpazione addominale mi fece rilevare infatti la formazione di una tumefazione di consistenza molle, della grossezza di una noce. Questa tumefazione si sviluppò rapidamente fino a divenire grossa quato una arancia. La cute si arrossò e comparve netta fluttuazione.

In queste condizioni consigliai l'ospedale. La accompagnai io stesso all'Ospedale di Forlì: ove la presentai al Prof. Solieri che, formulata la diagnosi, il giorno 5 aprile la sottopose ad atto operatorio. Sotto narcosi eterea, praticò una incisione lineare mediana sulla regione pubica e soprapubica, attraverso la quale fuoriescì abbondante pus giallo cremoso. La cavità ascessuale fu causticata con soluzione al cloruro di zinco al 10 % e venne zaffata. L'esame della cavità mise in evidenza la distruzione della cartilagine interossea e scabrosità dei corpi del pube. Il decorso post-operatorio fu buono: al secondo giorno la temperatura cadde; i dolori scomparvero. In quarta giornata però insorse flebite della grande safena destra, per cui la degenza si prolungò di diversi giorni ancora.

Ai primi di maggio la paziente lasciò il letto completamente ristabilita. Ora ella gode di ottima salute; attende alle sue consuete occupazioni, senza accusare disturbi nella deambulazione, nella minzione e nelle funzioni sessuali.

***

Evidentemente questa storia clinica corrisponde al quadro morboso sapientemente ed accuratamente illustrato dal Solieri («Policlinico» Sezione chirurgica, fasc. 6 del 15 giugno 1923) della *artrite suppurativa della sinfisi pubica in puerperio*. L'A. ne osservò due casi nel 1922. L'infermità — come egli afferma — è di rara osservazione; i trattati di ostetricia e di patologia chirurgica non ne fanno cenno e la ricerca bibliografica riuscì infruttuosa.

Mi torna grato di averne potuto osservare un terzo caso e di poterlo illustrare, sicuro di fare cosa grata ai miei colleghi, che, al pari di me, potrebbero trovarsi in imbarazzo dinanzi all'insorgenza brusca dell'infermità nei primi giorni di puerperio.

L'agente infettivo nei due casi precedentemente studiati fu lo *stafilocco piogeno aureo*. Però, nel caso presente, essendoci stata, pochi giorni prima del parto, una lieve infezione influenzale, non si può escludere che il bacillo di Pfeiffer vi abbia partecipato. Sono citati infatti casi di *piartrosi a microbi associati*, nei quali non fu però possibile accertare a quale germe dovesse attribuirsi la maggiore virulenza. Tale accertamento porterebbe ad illuminare un punto oscuro della patogenesi di questa infermità.

Durante la gravidanza e il meccanismo del parto subiscono alcune modificazioni la lamina fibro-cartilaginea interpubica e i quattro ligamenti periferici dell'anfiartrosi del pube. Infatti la cavità che presenta nella sua parte centrale la fibrocartilagine gradatamente aumenta di volume; essa diventa più elastica e più soffice e insieme coi ligamenti si lascia facilmente distendere nel momento dell'espulsione del feto fino a permettere, in alcuni casi, un allontanamento dei due pubi. Si comprende quindi come si possa determinare in tale articolazione un *locus minoris resistentiae*. Il fatto di poter far risiedere più verosimilmente detto *locus minoris resistentiae* nelle parti cartilaginee che in quelle ossee del pube farebbe ammettere che questa forma di artrite dovesse essere primitiva anzichè secondaria ad *osteomielite iuxtarticolare*. Nei tre casi fino ad ora osservati le lesioni del disco cartilagineo sono state costanti mentre quelle ossee, in uno solo, si sono potute parzialmente accertare.

Sulla *porta d'entrata* dei germi infettanti mi pare si debba condividere l'ipotesi ammessa

dal Solieri, cioè la via ematica, perchè, se pure vi è stato una lieve infezione della matrice, nel caso da me osservato, essa si manifestò dopo l'insorgenza dei primi sintomi dell'artrite, che seguirono invece quasi immediatamente il parto; quindi è da supporre che i germi preesistessero nell'organismo e che fossero entrati da altra via che non dagli organi genitali cruentati nell'atto del parto.

Sintomatologicamente il dolore domina il quadro. Nel caso suddetto il dolore era localizzato alla sinfisi e la paziente sapeva ben precisarlo. Poco diffuso era invece alle coscie e quasi nullo ai genitali. E' forse caratteristica l'immobilità che s'impongono queste pazienti appunto per calmare i dolori, inserendosi alcuni muscoli delle coscie sul pube.

Del resto nulla che differisca dal noto quadro dei processi infettivi.

La formazione della raccolta purulenta in tutti e tre i casi è stata alquanto lenta e perciò il quadro può distinguersi in due momenti: una fase acuta caratterizzata da brivido, dolore, elevazione brusca della temperatura; una seconda fase in cui il dolore cede alquanto e si manifesta la raccolta di pus.

L'infezione puerperale può ingenerare confusione nella diagnosi; ma ritengo che il dolore così caratteristico che si può facilmente individualizzare con un accurato e rapido esame possa bastare per differenziare le due diagnosi.

L'integrità delle articolazioni coxo-femorali, la facilità della minzione che si osserva fino a quando non si è avuta la raccolta purulenta si prestano alle diagnosi differenziali con la cistite e la coxalgia reumatica e coll'artrite suppurativa dell'anca.

Per il momento nel quale la malattia insorge, per la sede assai delicata, ritengo che il medico pratico debba mostrarsi riservato nel pronostico.

La cura medicamentosa potrà limitarsi a migliorare le condizioni generali e ad esaltare i poteri difensivi dell'organismo.

Non appena l'ascesso perisinfisario si è manifestato si impone l'intervento chirurgico, cioè l'*oncotomia.* Questo potrà praticarsi per via alta, ipogastrica, o attraverso i genitali, secondo come lo stimerà più conveniente l'operatore.

Sembrerebbe che l'intervento sopra-pubico potesse evitare la insorgenza di flebite; eppure in questo caso, operato per via alta, si verificò flebite della grande safena, che non ebbe però alcuna conseguenza.

Dovia, agosto 1923.

EPIDEMIOLOGIA.

CLINICA DELLE MALATTIE NERVOSE E MENTALI
DELLA R. UNIVERSITÀ DI SASSARI
diretta dal prof. O. ROSSI.

Un centro gozzigeno in Sardegna.

Dott. PAOLO OTTONELLO, assistente.

Nella nostra Clinica delle malattie nervose si è avuta occasione, in questi ultimi anni, di osservare qualche caso di cretinismo sporadico. Questo rilievo ha suggerito l'idea di verificare quale potesse essere in Sardegna la diffusione delle malattie di origine tiroidea. Poichè dalle statistiche dei riformati alle leve e dalla letteratura che finora ho potuto consultare non risulterebbe che nell'Isola siano stati osservati veri e proprii focolai di gozzo, così ho creduto bene di assodare, come primo dato di fatto, se l'impressione che si ricava dalle statistiche fosse esatta.

È noto che le teorie che riguardano l'etiologia del gozzo endemico tengono conto, in varia misura, delle condizioni geologiche della regione e di altre circostanze che a queste si collegano, come la composizione delle acque le condizioni igieniche degli abitati, ecc.; ho dato quindi, nelle mie ricerche, la preferenza all'esplorazione di quelle regioni che, sotto questi riguardi, offrono qualche caratteristica analoga a quelle di altre regioni d'Italia nelle quali domina l'endemia. Sebbene le mie ricerche siano ancora piuttosto limitate, pure esse hanno già fornito dei reperti così interessanti che a me pare valga la pena di renderli noti.

Finora ho constatato due focolai di endemia nei paesi di Cuglieri e di Scano Montiferro.

Particolarità di ubicazione dei due paesi colpiti, e di abitudini degli indigeni renderanno molto importanti questi rilievi in rapporto alla etiologia e alla patogenesi dell'affezione.

Dato il carattere di estrema brevità di questa nota mi limiterò ad esporre per sommi capi le notizie che ritengo, per ora, le più interessanti.

Cuglieri è un paese di circa 5000 abitanti, posto in provincia di Cagliari quasi al suo limite con la prov. di Sassari, a 5-6 Km. dalla costa occidentale dell'Isola (Carta d'Italia del Touring: 39, C. 4); si trova a 480 m. di altitudine sul dorso di una collina degradante verso il mare; occupa il contrafforte più occidentale della catena del Montiferro, zona boscosa e poco popolata.

La salubrità dell'aria, l'abbondanza dell'acqua, il rigoglio della vegetazione, fanno di questo paese una ricercata residenza estiva.

Una breve permanenza a Cuglieri mi ha permesso di vitare 103 ammalati, di cui 63 gozzuti

semplici, 34 gozzuti con fatti di ipo- o di distiroidismo; qualche caso di arresto di sviluppo somatico e psichico di origine tiroidea, ed infine un esiguo numero di veri cretini. Il sesso femminile costituisce il 95 per cento dei colpiti. Ad escludere che possa trattarsi di un focolaio di tiroidite infettiva basti ricordare che, nella maggior parte delle gozzute, la struma risale a 10-15 anni, in qualcuna fino a 30 anni addietro. L'età prevalentemente colpita, a quanto si può presumere da questa prima inchiesta, va dagli 8 ai 32 anni; non mi è stato ancora possibile eseguire una visita alle scolaresche, ma, se debbo giudicare dal numero dei bambini che ho già avuto occasione di visitare, si può presumere che la percentuale sarà abbastanza elevata. Scarse le donne gozzute che abbiano superato i 40 anni, scarse le ripercussioni degenerative sulla prole; questi due fatti ci permettono di ritenere che l'agente gozzigeno, in questa zona, spieghi la sua azione da tempo relativamente breve. Informazioni assunte da vecchi del paese attestano che 50-60 anni fa il numero dei portatori di gozzo era inferiore alla diecina.

Con queste date coincide la costruzione dell'acquedotto; l'attuale acqua potabile di cui si serve esclusivamente la popolazione, proviene dalla montagna vicina (3-4 Km.) mediante tubatura in terra, ed è stata portata al paese nel 1890; prima di quest'epoca e nei pochi anni successivi impiegati nella distribuzione dell'acqua alle fontane pubbliche e alle abitazioni, si faceva uso generale dell'acqua di sorgenti poste a poche centinaia di metri dal paese; non si fece mai uso di acque di pozzi o di fiumi poichè non ne esistono.

Scano Montiferro è un paese di circa 2000 abitanti posto sulla stessa zona collinosa, a 380 m. di altitudine, a 4-5 Km. da Cuglieri; distante dal mare 8-9 Km. sta in una valletta ugualmente aperta verso l'occidente; la regolazione dell'approvvigionamento idrico risale a 35-40 anni fa e le acque provengono dalle valli sovrastanti molto prossime alle sorgenti che alimentano Cuglieri. La vegetazione vi è un po' meno abbondante, ma, come in tutte le regioni a mezza costa, non subisce, nel risveglio primaverile che un lievissimo ritardo.

In questo paese ho avuto, nell'inchiesta, la preziosa guida del prof. O. Rossi e la valida collaborazione del prof. Riquier; nei rilievi fatti trovammo argomento per dedurre che l'endemia vi è più diffusa che nel vicino paese; in breve tempo, nonostante l'impreparazione alla nostra visita e una certa diffidenza degli abitanti, potemmo visitare una ventina di gozzuti e per le strade potemmo osservarne un grandissimo numero. Una differenza di comportamento dell'endemia fra i due paesi è data dal fatto che a Scano il sesso maschile partecipa in misura maggiore, e dall'esistenza di parecchi esempi di infantilismo di Brissaud e di cretini veri; quest'ultima circostanza lascia supporre che ivi il fattore gozzigeno svolga la sua influenza da più lungo tempo; a questo riguardo noto, senza pregiudicare la questione, che l'acquedotto esiste da circa 40 anni.

Ma avendo la nostra breve visita il solo scopo di accertare o di escludere l'esistenza dell'endemia in un paese alimentato da acque che sgorgano nella stessa zona da cui provengono le acque di Cuglieri, ho giudicato sufficiente per ora la constatazione del fatto.

Non ho avuto ancora l'opportunità di far esaminare la natura dei terreni e la composizione delle acque, però posso fin d'ora anticipare qualche altra notizia che non mancherà di avere il suo peso nella valutazione delle cause che possono essere considerate gozzigene.

I due paesi come ho detto sono situati in prossimità del mare, anzi in vista di esso.

Le condizioni di vita, dal punto di vista dell'igiene, sono, specialmente a Cuglieri, abbastanza propizie; in questa regione, ove non esiste l'assoluta indigenza, le case sono sufficientemente ampie, ben aereate, pulite.

L'occupazione principale della popolazione è l'agricoltura, vi è sufficientemente progredita l'industria armentizia; però, poichè il bestiame vive allo stato brado ed entro l'abitato non esiste che un limitatissimo numero di stalle, non mi pare che questa circostanza avvalori l'opinione del Balp secondo la quale « dove il bestiame vive allo stato brado e semibrado, per mitezza di clima i casi di gozzo sono rarissimi, benchè non vi manchi qualche ricorrenza epidemica ». Non può poi farsi assolutamente un confronto con le condizioni di vita invernale delle popolazioni delle valli alpine, poichè in Sardegna, appunto per la mitezza del clima, nessuno, in nessun periodo dell'anno, sente la necessità di ripararsi nelle stalle dai rigori invernali.

Queste le prime impressioni di cui ho ritenuto opportuno dare un cenno sommario affinchè a queste facciano seguito, in altre zone, indagini di altri che abbiano a cuore le sorti della Sardegna, già intristita dalla malaria e dalla tubercolosi.

L'estensione delle ricerche agli altri paesi della zona del Montiferro, esami accurati degli ammalati dal punto di vista clinico-biologico, esami collaterali dell'acqua e dei terreni, l'inizio immediato della terapia e della profilassi rappresentano il compito che intendo assolvere nella speranza di potere, con una documenta-

zione possibilmente completa, portare qualche elemento che torni utile a chiarire la etiologia e la patogenesi dell'endemia, e col rapido intervento terapeutico, riuscire ad arrestare, prima che si manifestino in forma imponente, le conseguenze dannose di tale calamità.

Sassari, 23 maggio 1924.

NOTE E CONTRIBUTI.

Elementi diagnostici presuntivi di calcolosi renale rilevati alla cistoscopia

per il dott. FINOCCHIARO DE MEO, lib. docente di patologia chirurgica ed urologia nella R. Università di Catania.

Nel fare un rapido studio di alcuni elementi diagnostici importanti di litiasi renale, rilevati alla cistoscopia, cercherò di mettere in evidenza caratteri quasi specifici che l'osservazione cistoscopica può dare, e ciò perchè l'urologo ed il chirurgo si trovino in condizione di potere nei casi dubbi presumere con le sole proprie risorse l'esistenza di un calcolo renale. Sarà poi cura del radiologo il trasformare in segni quasi certi, i caratteri clinici essenzialmente proteiformi di questa affezione.

Ritengo utile ancora di porre nella giusta luce l'importanza di questi caratteri speciali, che l'osservazione oculare diretta della vescica dimostra, conoscendo come molte volte il controllo radiografico non è assoluto, e per conseguenza esso deve subire il controllo dell'esperienza clinica data l'associazione di altri segni bene studiati.

È ovvio come l'espressione sintomatica della calcolosi renale sia variabilissima, ma tuttavia la diagnosi può essere agevole in un individuo che emetta della renella, o che sia stato colpito da una colica nefritica ben caratterizzata. Quando però questi fenomeni mancano, e quando l'ammalato non può fornire alcun sintoma su ciò che è successo anteriormente, sappiamo come la diagnosi diventi molto difficile e talora anche impossibile.

Infatti, la forma tipica di litiasi renale, che vien caratterizzata oggi da sintomi specifici quali il dolore, i disturbi della minzione, le alterazioni delle urine e in particolar modo l'ematuria, mentre possiede alcuni fattori della sindrome comuni a molte affezioni urinarie, il dolore localizzato e i disturbi della minzione, che potrebbero essere dei dati preziosi alla diagnosi, non sono sempre dei veri rivelatori dell'affezione calcolosa, anzi essi possono fuorviare l'attenzione di un osservatore poco esperto, e che non sappia riallacciare i fatti alla loro vera causa. I riflessi dati dalla grande ricchezza e solidarietà di filetti nervosi di tutto l'apparecchio rappresentano invero la nota più dubbia e nello stesso tempo più difficile della patologia urinaria.

Un riflesso reno-renale localizza talvolta le sofferenze al rene opposto a quello che porta il calcolo, mentre un riflesso reno-vescicale traduce la litiasi renale in veri segni di cistite, con frequenza, ed imperiosità estrema della minzione, localizzando così il male a livello del collo della vescica.

Ora mentre l'incostante specificità sintomatica della malattia fece riconoscere l'incertezza di tutti i segni fisici e clinici accennati, allorquando fu possibile l'applicazione dei raggi X, si ritenne come indagine sicura e costante la radiografia, rappresentando essa il mezzo diagnostico infallibile della calcolosi renale, e paragonandola alla cistoscopia, che erasi rivelata unico e sicuro mezzo diagnostico delle malattie vescicali.

La pratica non ha però realizzato del tutto per la radiografia la speranza concepita nei primi momenti. Così nuovi studi dimostrano, che mentre gli ossalati arrestano completamente i raggi catodici e formano un'ombra netta, i fosfati si lasciano attraversare in parte e producono ombre meno marcate, gli urati e l'acido urico sono completamente permeabili e non lasciano sulla lastra alcuna traccia, mentre segni evidenti si dimostrano per fatti patologici di altra natura (Bonguet, Gascard, Lauric, Kummel ed altri).

Da questo risulta come la radiografia non possa svelare la presenza di ogni calcolo renale, mentre la cistoscopia semplice od associata al cateterismo ureterale può non solo fornire elementi preziosi di presunzione nei casi sospetti di calcolosi renale, ma giungere alla diagnosi di certezza assoluta.

I primi che insistettero sulla necessità dell'esame cistoscopico e sulla sua superiorità agli effetti diagnostici furono il Fenwich di Londra, il Noguès, il Kelly di Baltimora; ma ritenuti esagerati nel loro entusiasmo, abbandonarono le attente osservazioni, e i rilievi ottenuti alla cistoscopia ebbero così un valore alquanto discusso e molto superficiale.

Oggi però non è più il caso di negare l'importanza dell'indagine cistoscopica, la quale in varie lesioni renali cerca precisarne la diagnosi.

Superate le difficoltà di tecnica nella preparazione vescicale e nell'introduzione del cistoscopio, che possono presentarsi e differire da individuo ad individuo, passiamo senz'altro allo studio degli elementi che l'ispezione cistoscopica della vescica ci fa rilevare.

In genere l'aspetto della parete vescicale nei casi di litiasi primitiva del rene si presenta normale e sana in tutta la sua estensione. Un rapido controllo ci fa rilevare subito l'assenza di vera cistite, carattere importantissimo, che mentre esclude la presenza di corpi estranei nella vescica e fatti infiammatori locali, mette in rilievo la natura riflessa della presupposta cistite.

Ma talvolta, mentre la vescica esplorata mostra di regola l'aspetto sano, ho potuto riscontrare che la parete vescicale normalmente liscia era frastagliata da vere creste anastomizzantesi le une con le altre a forma di reticolato, aspetto decisamente a colonne che si rileva dalla parte del rene ammalato e che fa contrasto con la superficie quasi liscia del lato opposto.

Questo carattere fino ad oggi credo che non sia stato rilevato da alcuno e infatti la letteratura da me consultata in proposito non mette in rilievo alcun fatto speciale.

Ora le colonne vescicali sono caratteristiche perchè possano venire confuse con altre lesioni, e i mammelloni formati da pieghe della mucosa vescicale non sufficientemente distese non rassomigliano assolutamente alla rete che formano le vere colonne vescicali. Mi è stato possibile dunque, senza causa di errore, riscontrare sempre una decisa colonnizzazione del lato vescicale corrispondente al rene calcoloso e allo sbocco del suo uretere, fatto che più volte mi ha deciso a presupporre l'esistenza di un calcolo renale, confermata poi dalla radiografia e in secondo tempo dall'atto operativo.

Questo aspetto a colonne parziale, rilevato nei sofferenti di litiasi unilaterale del rene, risponde invero alla diagnosi etiologica del caso. Infatti se le ragioni che stabiliscono la ipertrofia della musculatura vescicale, visibili alle colonne prominenti, non sono altro che l'espressione di una ipertrofia da lavoro e provocate da stimoli anche quando non esiste un ostacolo vescicale, come è facile riscontrare in molte vesciche per infiammazioni croniche, per calcoli, per tumori; così è ovvio che lo stato ipertrofico speciale e parziale della vescica, si renda evidente, nel caso che lo stimolo producentesi al bacinetto, e comunicato attraverso i filetti nervosi del plesso ipogastrico che avvolgono l'uretere e si distribuiscono alla faccia anteriore e posteriore della vescica dello stesso lato, si trasformi in contrazioni abnormi e continue delle fibre muscolari stesse, dando luogo alla colonnizzazione parziale riscontrata.

Tralasciando l'ispezione cistoscopica della sommità della parete anteriore e del collo, che dal lato diagnostico specifico non hanno importanza, è bene osservare semplicemente la parete postero-inferiore, che comprende la zona retro-ureterale, il ligamento inter-ureterale, il trigono, gli ureteri.

Sicuri che nella zona retro-ureterale che costituisce il bassofondo e dove si localizzano di regola i calcoli e i corpi estranei, non si trovi nulla di anormale, esclusa la presenza di ulcerazioni del ligamento e del trigono o di altri fatti patologici, che non hanno importanza alla nostra indagine, l'attenzione sarà tutta rivolta all'esame degli orifici ureterali, che in relazione alle lesioni renali e ureterali subiscono delle vere modifiche anche quando la vescica non ne presenta alcuna.

Nella litiasi del rene il meato ureterale può presentarsi modificato nella sua colorazione, nella sua forma, nella ejaculazione e nello aspetto della sua zona.

Il Fenwick descrisse come carattere specifico di calcolo del rene un meato ureterale rossastro, dilatato, vascolare, cavernoso e con spiccate modificazioni nel ritmo della ejaculazione.

Noguès segnalò una vera zona edematosa avente il meato per centro.

Pousson fece rilevare come si potesse presupporre la calcolosi, se a questi segni seguisse fuoruscita dal meato ureterale di urina sanguinolenta o marciosa.

Ora tra tante affermazioni e rilievi varî è necessario che una valutazione possibilmente esatta dica quali di questi segni possano essere tenuti nella voluta considerazione.

La meatoscopia senza dubbio può rilevare ad un esperto osservatore fatti importanti, che collegati ai sintomi clinici stabiliscono la diagnosi della malattia, ma per non incorrere in errori occorre pure che le anzidette modificazioni patologiche vengano prese nel loro giusto valore.

La colorazione infatti più oscura di un meato, mentre può rappresentare un inceppo nella circolazione sanguigna ureterale, può essere indizio di infiammazioni comunicate da scolo di urina purulenta dall'uretere stesso.

La tumefazione edematosa dell'orifizio, mentre è segno evidente di compressione, come quella che un calcolo può esercitare incuneandosi nel bacinetto o nell'uretere, può verificarsi anche nella uretero-pielite specie di natura tubercolare.

L'ejaculazione modificata nella sua frequenza può essere indizio di ostacolato deflusso se rallentata, di compenso se in aumento.

Così l'importanza che assume la modificazione del liquido ejaculato può essere falsata, se chi esplora non sappia vagliare nei giusti limiti la portata del fenomeno che osserva.

Concludendo dunque possiamo affermare che la cistoscopia mette in rilievo alterazioni importanti che rispecchiano l'entità e la qualità morbosa del rene, e queste lesioni diventano solo elementi veramente preziosi di diagnosi, se l'osservatore esperto sappia ben distinguerli e collegarli alla sindrome clinica presentata dall'infermo.

Così un giudizio elettivo di calcolosi renale potrà derivare dalla mancanza di una vera cistite, dall'assenza di lesioni vescicali, da una zona colonnata e prossima all'orificio del rene presupposto affetto di litiasi, e tutto ciò non diviso dall'osservazione tipica dello sbocco ureterale, che sarà tumefatto, talora prominente, più aperto dell'altro e dal quale potrà osservarsi l'alterata frequenza nel getto, e il più delle volte una ejaculazione purulenta a somiglianza di turbine di neve.

Se questi fatti trovano conferma nella sindrome soggettiva e nei segni clinici più spiccati, la diagnosi di calcolosi renale è quasi certa.

D'altra parte, se la cistoscopia come ho detto può ricavare elementi tali da poter fornire la presunzione di calcolo renale e talora trattandosi di calcolo ureterale dare quasi la certezza assoluta mediante l'esplorazione strumentale dell'uretere stesso, essa rappresenta senza dubbio un mezzo d'indagine importante, non solo dal lato diagnostico, ma anche dal lato terapeutico, potendo, soltando con questo mezzo, stabilire le eventuali anomalie ureterali e la funzionalità singola dei reni prima dell'atto chirurgico.

Ora se gli elementi presuntivi descritti possono trovare una conferma assoluta nel controllo dei raggi X, tuttavia non dobbiamo escludere che i procedimenti fisici compresi i raggi X, talora non hanno questo valore assoluto e possono condurre in errore di diagnosi.

Concludendo dunque, è necessario convincersi della grande utilità che l'ispezione cistoscopica può dare nello studio della calcolosi del rene, sempre quando sia possibile la applicazione di questo mezzo e quando si sappiano trarre dall'osservazione degli elementi descritti i vantaggi voluti. È certo che in questi casi la cistoscopia non solo rappresenta una guida sicura e cosciente alla diagnosi, ma completa e controlla senza dubbio la radiografia.

Dicembre 1923.

BIBLIOGRAFIA.

LEYDEN-F. KLEMPERER. La clinica contemporanea, vol IV; *Malattie dei reni*, 1908.
POUSSON. *Malattie delle vie urinarie*, 1908.
ALBARRAN. *Médecine operatoire des voies urinaires*, 1909.
G. MARION, M. HEITZ-BOYER. *Cystoscopie et cathétérisme urétéral*, 1914.
GILBERT e CARNOT. *Terapia urinaria*, 1913.
Dr. F. CATHELIN. Conférences cliniques de chirurgie urinaire, 1909.
OSGOOD. *Calcul de la vessie*. Journal d'Urologie, Tome V, n. 6, 1914.
MIQUEL. *Appareil urinaire*, 1894.
HEITZ-BOYER. *La cystoscopie dans la tuberculose véscicale*, 1914.
PILLET. *Maladies des voies urinaires*, 1910.
KAUFMANN. *Anatomia patologica*.
SPALTEHOLZ. *Anatomia umana*.
FORGUE. *Pathologie externe*.

SUNTI E RASSEGNE.

MALATTIE SIFILITICHE E VENEREE.

Diabete e sifilide.

(MARCEL LABBÉ. *Bull. de l'Acad. de Médecine*, gennaio 1923).

Alcuni medici affermano che la sifilide è causa frequente, forse abituale, del diabete; secondo altri, la sifilide non avrebbe alcuna importanza nell'etiologia del diabete, e che il diabete sifilitico non sarebbe che eccezionale.

È interessante leggere quindi la relazione che a tal proposito fa l'A.

Cinque gruppi di ragioni militano in favore dell'origine sifilitica del diabete: 1) la scoperta di lesioni sifilitiche negli organi glicoregolatori all'autopsia dei diabetici. Alcuni trovarono lesioni sifilitiche nel pancreas (i dati conosciuti sono suscettibili di riserve) di diabetici con sifilide acquisita, e di eredoluetici (alla qual cosa fa contrasto la rarità del diabete negli eredoluetici); altri nel fegato (secondo l'A. nel caso più dimostrativo, nel p. cioè del Lemonnier, non si trattava di diabete vero, ma di una semplice glicosuria in rapporto con una epatite sifilitica ereditaria; tali glicosurie sono distinguibili per la loro evoluzione e per il prognostico dalle glicosurie diabetiche).

Rari sono i casi di diabete per sifilide del sistema nervoso ed i casi conosciuti devono essere interpretati come glicosurie per lesione dei centri glicoregolatori della base dell'encefalo. È ipotesi interessante quella sostenuta da varî AA. dell'origine endocrina del diabete per lesione sifilitica dell'ipofisi, tiroide, surrenale, ma non dimostrata.

Un secondo gruppo di ragioni per la patogenesi del diabete sifilitico viene trovato nel-

le ricerche sugli antecedenti dei diabetici. Pinard riscontrò la sifilide negli antecedenti di un terzo dei casi di diabete osservati, cioè molto più che in individui normali. L'A. ha passato in rivista tutte le statistiche conosciute ed ha visto che i risultati variano dal 0.5 al 10.3 per cento. Il Labbé, su 500 casi di diabete, ha trovato in 39 una sifilide sicura; in 28 una sifilide dubbia, in complesso il 13.6 per cento di sifilide in diabetici; queste cifre devono essere paragonate a quelle che risultano dalla ricerca della sifilide negli uomini in generale, per i quali Fournier ammetteva una lues nel 13-16 per cento. La statistica dunque dell'A. mostra che la sifilide non è di molto più frequente negli antecedenti dei diabetici che nei malati in generale. Alla stessa conclusione negativa si giunge in senso inverso, cioè ricercando la proporzione dei glicosurici e dei diabetici nei sifilitici e comparativamente nelle comuni malattie.

Un terzo gruppo di ragioni vien fatto sorgere dalla ricerca degli accidenti nervosi (abolizione dei rotulei, mal perforante plantare, paralisi oculari), presentati dai diabetici, e, come nella tabe, attribuibili alla sifilide.

Anzitutto può benissimo darsi il caso di simili accidenti sifilitici in diabetici sifilitici: vi sono tabi associate a diabete, paralisi oculari legate a sifilide in diabetici, ecc., ma non si potrebbe attribuire tutti gli accidenti nervosi del diabetico alla sifilide. Si vede frequentemente l'areflexia in diabetici di certo non sifilitici, ed il cui meccanismo ci sfugge; si vedono spesso paralisi oculari comparire in diabetici e guarire senza alcun trattamento specifico. I sintomi cardiovascolari (aortite, *angina pectoris*) presentati da alcuni diabetici, devono per la loro rarità, essere considerati come semplici coincidenze. Insomma vi sono nei diabetici accidenti nervosi e cardiovascolari che somigliano a quelli della sifilide: i primi dipendono dal diabete stesso e si distinguono per i loro caratteri clinici e per le loro reazioni biologiche; i secondi sono in rapporto con una sifilide associata.

Velluot ha cercato di lanciare, in favore di una patogenesi sifilitica del diabete, il fatto noto del diabete coniugale. Ora se il diabete si mostra spesso in due congiunti se è più frequente in alcune famiglie, ciò è conseguenza di abitudini igieniche cattive esistenti in queste famiglie: nulla di strano che dei congiunti viventi alla medesima tavola, con la medesima vita, pervengono chi all'obesità, chi alla gotta, chi al diabete.

Il quinto ed ultimo argomento, il più impressionante, è dato dall'azione curativa esercitata dal trattamento curativo anti-sifilitico sul diabete.

Anzitutto, le osservazioni pubblicate sono criticabili, perchè non è stato tenuto conto del regime preciso del malato; l'A. nei propri casi, ha potuto constatare che il regime esercita la sua azione riduttrice sull'iperglicemia, senza che vi sia il bisogno di cure specifiche; in secondo luogo nessuno ha osato render note le numerose osservazioni di casi di diabete curati con cure specifiche e non guariti; ciò è anche successo in numerosi casi al Labbé, anzi in alcuni malati il trattamento specifico ha fatto aggravare le condizioni.

Il diabete, in genere, non ha quindi alcun rapporto con la sifilide: esistono però dei diabeti sifilitici prodotti con l'intermediario di una pancreatite, di una epatite, di una lesione cerebrale od endocrina di natura sifilitica, ma questi casi sono molto rari.

MONT.

La diagnosi della sifilide costituzionale.

(A. SÉZARY. *Bull. et Mém. de la Soc. des Hôpitaux de Paris*, 28 febbr. 1924).

Secondo l'A. i dati su cui poggia tale diagnosi possono suddividersi in: clinici, anatomo-patologici, batteriologici, biologici e terapeutici.

Dati clinici. — L'anamnesi degli antecedenti ereditarî e personali è spesso insufficiente. Per completare le ricerche è indispensabile un esame minuto del paziente, dei genitori, del coniuge e dei figli. In generale come la mancanza di antecedenti sifilitici non dimostra che il soggetto non sia sifilitico, così l'esistenza di antecedenti sifilitici non depone in modo assoluto per la natura luetica di un'affezione.

Dati terapeutici. — Un tempo largamente utilizzati, hanno ora in parte perduto del loro valore coll'avvento delle ricerche biologiche e batteriologiche. D'altronde l'utilizzazione di questi dati comporta delle riserve, sia per il fatto che lesioni sicuramente sifilitiche possono non essere influenzate dalle cure specifiche, come per la possibilità che la cura specifica abbia effetto anche in affezioni non sifilitiche. Così l'ioduro di potassio guarisce le gomme sporotricosiche, gli arsenobenzoli possono far scomparire, almeno temporaneamente, eruzioni psoriasiche e possono esplicare azione favorevole nella malaria, nella dissenteria, nella lepra, nel pian e nella tubercolosi.

Dati anatomo-patologici. — L'esame istolo-

gico non offre spesso indicazione alcuna, altre volte può indurre semplici sospetti. Nei casi in cui vi sia dubbio diagnostico tra due o tre diverse affezioni (p. es. cancro o sifilide della lingua) può essere in grado di fornire criterî sufficienti.

Dati batteriologici. — La costatazione del treponema pallido permette di porre la diagnosi con sicurezza. L'A. non manca, all'occasione, di effettuare la ricerca del treponema anche nei tessuti: all'uopo occorre talvolta ripetere le impregnazioni argentiche eseguendo in precedenza degli strisci per l'esame all'ultramicroscopio e praticando inoculazioni al coniglio. I risultati negativi possono non essere conclusivi: i positivi avranno valore assoluto soltanto allorchè avrà potuto escludersi ogni causa di errore. A tale riguardo occorre distinguere il treponema pallido dalle altre specie di treponemi (« treponema dentium » della cavità buccale, « tr. pallidulum » delle lesioni pianiche, « tr. cuniculi » del coniglio), inoltre dalle formazioni a spirale di natura indeterminata osservabili talvolta nei cilindri urinari.

Dati biologici. — Si riferiscono ai risultati delle reazioni umorali.

Alla reazione di Bordet-Wassermann sono stati rivolti, è noto, biasimi molteplici: fra l'altro le si rimprovera il fatto che talvolta laboratori diversi, per quanto rinomati, possono fornire da uno stesso siero risultati discordi. È convinzione dell'A. che tali divergenze dipendano da diversità di tecnica.

Di fronte ai varii metodi di sieroreazione proposti (Bordet-Wassermann, Hecht, Bauer, Jacobsthal, Desmoulières) l'A. non esita a mantenere la sua piena fiducia pel metodo di Bordet applicato dal Wassermann.

Nell'interpretazione dei risultati sierologici risiede un punto delicato. È noto infatti come una r. Bordet-Wassermann negativa non provi, anche dopo riattivazione, assenza di sifilide e, a sua volta, una r. positiva non abbia valore se non interpretata in rapporto ai dati clinici. Fa d'uopo tener conto come anche in talune malattie infettive acute (polmonite, scarlattina, influenza, angine, ecc.), dopo la narcosi cloroformica e l'ubbriachezza, nella lepra, nella tripanosomiasi, nel pian, nella malarica, siano stati segnalati risultati positivi. Una reazione debolmente positiva può aversi anche nell'ulcera semplice contagiosa, nella linfogranulomatosi inguinale e in alcuni tuberculidi. Ad ogni modo la reazione di Bordet-Wassermann, praticata secondo le regole, con tutte le garanzie e interpretata in modo giudizioso, conserva un grande valore nella diagnosi della sifilide costituzionale.

In conclusione possiamo dire che: 1° l'assenza di ogni segno di sifilide non autorizza in ogni caso a pronunciarsi per l'inesistenza della malattia; 2° l'esistenza della sifilide in un soggetto non prova che l'affezione di cui soffre sia ineccepibilmente di natura sifilitica; 3° i dati batteriologici e biologici devono sempre essere valutati in rapporto ai fatti clinici.

Da ultimo l'A. propone una classificazione dei segni della sifilide costituzionale in *segni maggiori* e *segni minori.*

Un solo dato ha valore assoluto ed è la costatazione del treponema pallido.

Grande importanza hanno i *segni maggiori.* Tra essi vanno annoverati: la leucoplasia buccale vera; il sintomo di Argyll-Robertson; i denti di Hutchinson; le manifestazioni cutanee pigmentarie; la reazione di Bordet-Wassermann (in assenza delle altre malattie che possono provocarla); l'abolizione dei riflessi achillei (in assenza di sciatica); la linfocitosi del l. c. r. (in assenza di ogni altra causa di meningite o di dermite infantile); l'osteite tibiale con deformazione a lama di sciabola.

Valore innegabile, sebbene minore, hanno anche i *segni minori*: l'aortite in soggetto di età inferiore ai 50 a. e indenne da reumatismo o da precedenti gravi malattie febbrili; le malformazioni dentali banali; la cheratite; la corioretinite; l'irite; lo strabismo; gli aborti ripetuti; la labirintite; la reazione di Hecht; il criterio « ex adiuvantibus ».

Oltre a questa duplice serie semeiologica alcuni AA., ipoteticamente, riferiscono alla sifilide un certo numero di affezioni e di malformazioni di origine indeterminata. Fra esse si citano: la miopia, il diabete, la scoliosi, l'albuminuria, la corea, l'epilessia, ecc. Tali manifestazioni, anche se associate in uno stesso individuo, non raggiungono però mai l'importanza di uno solo fra i segni, anche minori, di sifilide costituzionale.

M. AGOSTINI.

La sifilide e il suo trattamento attuale in un dispensario profilattico.

(P. HALBRON, R. BARTHÉLEMY et ISAAC-GEORGES. *La Presse Médicale*, 27 febbraio, 1924, n. 17).

Dalla esperienza acquisita nel vecchio dispensario « A. Fournier » dell'Ospedale Broca di Parigi, gli AA. vengono alle conclusioni che nessun medicamento è più adatto del 914 per ottenere la rapida scomparsa delle manifestazioni contagiose della sifilide e la negatività della reazione B. Wassermann nella lue di recente acquisita: per ottenere tali risultati, che sono quelli che deve proporsi un dispen-

sario profilattico, bisogna però attaccare la malattia con una serie arsenicale di almeno 6-7 grammi di medicamento e ripetere tale serie dopo un intervallo di tre o quattro settimane al massimo.

Con dosi più deboli infatti (2-4 grammi) sembra che le recidive cliniche e sierologiche siano di estrema facilità e soprattutto quelle cutanee e mucose che sono poi le più gravi per il contagio. Del resto, secondo gli AA., gli accidenti gravi causati dal 914 sono eccezionali e quelli più frequenti (nausee, malessere, odore o sapore agliaceo o di etere, movimenti febbrili, ecc.) sono assai benigni e non impediscono neanche di lavorare.

L'ittero invece è ritenuto di natura per lo più tossica e deve imporre la sospensione della cura per evitare seri inconvenienti; lo stesso dicasi delle reazioni cutanee tossiche per la facilità e la gravità possibile di recidive.

La sifilide viscerale non può trarre grandi benefici dalla cura ambulatoria, specialmente la sifilide nervosa per la impossibilità d'essere sufficientemente controllata con la puntura lombare che, negli ospedali stessi, spesso è rifiutata dai pazienti.

Concludendo, la cura arsenicale, nel dispensario, deve essere precoce, energica, completa o altrimenti è meglio non praticarla perchè se insufficiente è pericolosa. La via endovenosa s'impone in tutti i casi di profilassi urgente per la sua reale innocuità e per i molteplici vantaggi (rapidità di azione sempre superiore, indolenza, possibilità di lavorare).

Negli altri casi gli AA. ritengono che non vi è nessuna utilità di usare gli arsenicali tipo 914 e tanto meno di abusarne sia pure per via sottocutanea o endomuscolare e ritengono invece che si possano ritrarre grandi vantaggi dal bismuto, molto più attivo sulla reazione B. Wassermann dei mercuriali e che provoca minori disturbi.

La migliore forma di somministrazione del bismuto sembra essere quella di combinazione insolubile (ossido di bismuto in sospensione oleosa) per iniezioni endomuscolari, ben tollerate nella maggioranza dei casi, che non richiedono precauzioni speciali e che possono essere praticate, senza dolore, una sola volta alla settimana.

Il bismuto in veicolo acquoso è preferibile, e può supplire in qualche caso l'arsenico, quando si desideri una maggiore rapidità di assorbimento: si faccia molta attenzione però alla stomatite.

Le linee direttive dunque di un buon dispensario che voglia praticare cure attive senza troppo nuocere agli interessi personali dei pazienti, possono così riassumersi: cura di attacco con 914 endovenoso progressivo ad alte dosi terminali e forti serie ravvicinate; cura di consolidamento con bismuto insolubile endomuscolare; uso del mercurio, sempre utile, al giusto momento; controllo metodico del sangue senza però abusarne, e punture lombari raccomandabili ma da praticarsi assai moderatamente.

V. MONTESANO.

Incidenti e accidenti della bismutoterapia nella cura della sifilide.

(HUDELO e RABUT. *La Presse Médicale*, 9 aprile 1924, n. 29).

Il bismuto, per quanto debolmente tossico, può determinare dei fenomeni d'intolleranza che raramente però assumono caratteri di gravità tali da richiedere la sospensione della cura: esso è l'unico medicamento antiluetico che non abbia provocati ancora casi letali.

I. *Azione sulla bocca.* — Il bismuto per lo più in seguito a somministrazione per via endovenosa può provocare nella bocca fenomeni funzionali isolati, senza lesioni evidenti della mucosa, quali la odontalgia, quasi sempre passeggera, ma che può durare talvolta anche ventiquattro ore e una più abbondante salivazione anche essa però per lo più fugace.

Più spesso il bismuto provoca sulla mucosa orale una serie di lesioni, l'insieme delle quali costituisce la stomatite bismutica. Essa si inizia per lo più con una pigmentazione bluastra localizzata frequentemente al margine gengivale di un dente cariato o con deposito di tartaro o più spesso alla base degli incisivi mediani inferiori.

Tale pigmentazione raramente si estende alla totalità della mucosa orale e alla lingua: per lo più resta l'unica manifestazione della eliminazione salivare del bismuto ma, se la bocca vite con ulcerazione e scollamento delle gengivale può degenerare in vera e propria gengivite con ulcerazione e scollamento delle gengive, fino alla stomatite ulcerosa. In tali casi possono presentarsi anche fenomeni funzionali quali dolori ai mascellari irradiantisi verso le orecchie e che impediscono il sonno: la salivazione e l'alito fetido possono essere molto accentuati come è stato rilevato anche da Jeanselme e dai suoi allievi. La lingua è saburrale, vi sono turbe gastriche e dello stato generale, qualche volta albuminuria. Tali accidenti, precoci con i sali solubili, possono presentarsi anche due o tre settimane dopo la fine della cura.

In generale non assumono mai i caratteri di gravità che può avere la stomatite mercuriale e rapidamente guariscono: la loro frequenza è certamente diminuita da quando è stato abbandonato l'uso del tartro-bismutato doppio di sodio e di potassio.

II. *Azione sul tubo digestivo.* — Le turbe gastro-intestinali sono in generale poco evidenti e non frequenti.

Può aversi pesantezza gastrica o dolore epigastrico più o meno vivo: più raramente la sera stessa o l'indomani dell'iniezione possono aversi nausee, con o senza vomito, che si prolungano a volte per uno o due giorni. Eccezionali sono le vere crisi gastriche assai dolorose, talvolta febbrili.

Più rari i fenomeni intestinali: qualche volta crisi di diarrea che possono durare anche più giorni.

III. *Azione sul fegato.* — Clinicamente non sembra che la cura antisifilitica con il bismuto provochi seri perturbamenti sulla funzione epatica. Gli AA. tuttavia hanno potuto notare tre casi di ittero e così anche Jeanselme, Fournier e Guénot. Del resto la questione degli itteri nei luetici curati anche con gli arsenobenzoli non è ancora risoluta.

IV. *Azione sulla pelle.* — Gli accidenti cutanei senza essere nè frequenti nè gravi sono stati più volte segnalati. Se ne possono distinguere diversi tipi: dapprima il prurito senza lesioni obiettive. È raramente generalizzato, più spesso è localizzato alla regione della iniezione o più di rado in un punto qualunque del corpo. Scompare rapidamente sospendendo la cura.

Eruzioni precoci e fugaci possono aversi all'inizio o durante la cura, la sera stessa dell'iniezione o l'indomani.

L'orticaria sembra essere ben più frequente: può essere localizzata o generalizzata qualche volta con edema e febbre e, comparsa una prima volta, si ripeterà poi fatalmente durante il corso della cura. Gli AA. hanno potuto anche osservare per la durata di qualche ora in due malati un eritema generalizzato, ma senza prurito, il giorno seguente ad una iniezione endovenosa di bismuto.

Una reazione precoce più accentuata è l'eritema scarlattiniforme che nelle forme semplici si presenta a chiazze localizzate senza segni funzionali nè generali, ma che può secondariamente divenire purpurico, mentre in casi più gravi può essere generalizzato con edema, essudazione, infine desquamazione e che da qualche autore è stato paragonato alla eritrodermia arsenicale ma di questa assai più benigna e di breve durata.

Da queste reazioni precoci si passa alle eruzioni tardive e prolungate delle quali sono stati pubblicati diversi casi: si tratta di un tipo eruttivo eritemato-squamoso secco con predominanza nelle grandi pliche, della durata di qualche settimana che si può riavvicinare agli eczamatidi e alle eruzioni mercuriali.

Evidente è in ogni modo la frequenza delle reazioni cutuanee immediate con le iniezioni endovenose e in genere con i sali solubili di bismuto.

V. *Azione sui reni.* — L'azione del bismuto sui reni, che nelle prime esperienze di cura antiluetica, sembrava particolarmente nociva, è ora considerata clinicamente di assai modeste proporzioni.

Gli AA. su 10.000 iniezioni di bismuto hanno notato solamente quattro casi di albuminuria: la nefrite bismutica è in generale secondaria alla stomatite per un aumento di lavoro del parenchima renale essendo ridotta la eliminazione salivare e sopratutto per una infezione secondaria con punto di partenza dalla bocca.

L'albuminuria è divenuta un accidente eccezionale da quando si è abbandonato l'uso dei tartro-bismutati che provocavano serie stomatiti: del resto anche nei casi più gravi scompare circa in tre settimane senza determinare mai nefrite cronica. Altro fenomeno frequente è la poliuria e molto più raramente la colorazione nera delle urine. A tali fenomeni però non si deve attribuire nessuna importanza.

VI. *Azione sul sistema nervoso.* — Nei riguardi del sistema nervoso si possono notare manifestazioni immediate quali vertigini, stordimenti, svenimenti, che del resto erano già state segnalate in seguito ad ingestione di sotto-nitrato di bismuto. L'iniezione può anche provocare dopo breve tempo angoscia toracica, palpitazioni, senso di soffocazione, abbondante traspirazione, congiuntivite passeggera. Gli AA. hanno assistito anche a fenomeni immediati di ordine motorio quali una emiparesi di tutto il lato dell'iniezione od una specie di inibizione degli arti inferiori con impossibilità di tenersi in piedi.

Altre manifestazioni possono comparire durante la cura, quali la cefalea che, secondo gli AA., però è eccezionale nella bismutoterapia antiluetica; più frequenti sono i dolori articolari e muscolari: dolori lombari, alle ginocchia, in qualche raro caso alla muscolatura scapolo-omerale, ecc. Un carattere comune a questi dolori è il fatto che si accentuano dopo ogni iniezione per scomparire definitivamente finita la cura.

VII. *Azione sullo stato generale.* — Un fenomeno quasi costante è la stanchezza che durante o dopo le cure bismutiche può accentuarsi fino a divenire vera astenia con pallore e dimagramento. Meno frequente è l'attacco febbrile il giorno seguente l'iniezione: può essere lieve (38°) e non turbare lo stato generale, ma in alcuni casi può intensificarsi ed assumere vero aspetto grippale.

VIII. *Profilassi - Cura.* — Come profilassi generale è bene, prima di cominciare una cura bismutica esaminare la bocca del malato, verificare l'integrità degli emuntori, rendersi conto dello stato generale.

Durante la cura si raccomanderà al paziente una rigorosa igiene della bocca.

Nei riguardi del medicamento gli AA. hanno constatato che i tartro-bismutati sono meno tollerati degli ossidi di bismuto benchè questi ultimi contengano più bismuto dei primi ed hanno perciò rinunciato alle cure con i tartrobismutati. La via endovenosa poi, oltre ad essere la meno attiva, è quella che più facilmente provoca reazioni immediate.

Le iniezioni possono ripetersi due volte alla settimana fino a praticarne da 18 a 24, indi lasciar trascorrere almeno un mese prima di iniziare una nuova serie.

Cura degli incidenti o accidenti. — Il deposito bismutico alle gengive è compatibile con la continuazione della cura. La gengivite deve far sospendere momentaneamente le iniezioni per riprenderle dopo una settimana di cure locali col clorato di potassa, acqua ossigenata diluita, ecc. La stomatite ulcerosa impone la soppressione definitiva della cura bismutica.

Per le turbe digestive e per la lieve deficienza epatica è bene prescrivere solfato di soda a deboli dosi quotidiane.

La comparsa dell'ittero deve far sospendere, almeno momentaneamente, la cura bismutica.

Per quanto riguarda le reazioni cutanee se queste sono tardive, così dette d'impregnazione, si sospenderà per sempre il bismuto: se immediate e fugaci si userà grande prudenza.

L'apparizione di albumina, se abbondante, deve far sospendere la cura; se invece non si constatano che traccie la cura può essere continuata ma sorvegliata con dosaggi ripetuti.

La depressione generale sarà combattuta con deboli dosi di arseniato di soda o di liquore del Fowler.

Il bismuto può dunque considerarsi come medicamento di debole tossicità e del quale le reazioni sono incidenti più che accidenti.

V. MONTESANO.

Dell'uso della vaccinoterapia associata alle iniezioni intramuscolari di latte nella cura della blenorragia.

(A. TANSARD. *La Presse Médicale*, 12 aprile 1924, n. 30).

Secondo l'A., l'uso associato della vaccinoterapia e delle iniezioni intramuscolari di latte avrebbe sulla uretrite quegli effetti benefici non ottenuti fin'ora dai due metodi usati separatamente.

Per evitare una reazione locale troppo intensa si inietta da una parte il vaccino e dall'altra il latte.

Per quanto riguarda il vaccino l'A. consiglia li miscuglio, a parti uguali, di vaccino antigonococcico e di vaccino antistafilococcico perchè infatti, secondo le moderne vedute, è lo stafilococco che più facilmente si rinviene nelle uretriti croniche ed è anche il più resistente alle cure locali.

Di tale vaccino, che contiene un miliardo di elementi per centimetro cubo, si inietta 1/4 di cmc. alla prima seduta, 1/2 alla seconda, 3/4 alla terza e 1 cmc. alla quarta senza sorpassare tale dose.

La iniezione, sottocutanea, sarà fatta nella parte inferiore della parete addominale: se dopo una quindicina di iniezioni non si sarà ottenuta la guarigione sarà bene preparare l'autovaccino. Per quanto riguarda il latte, la iniezione sarà fatta nella regione alta delle natiche e profondamente, assicurandosi di non essere penetrati nel lume di qualche vena. Si inietterà la prima volta 1 cmc. di latte, 2 cmc. le volte successive; in alcuni casi acuti si potranno iniettare 5 cmc. fin dalla seconda iniezione. Se dopo fatta una serie se ne volesse ripetere una seconda si inizierà con 1/4 di cmc. per evitare gli accidenti anafilattici.

La cura locale non è stata del tutto trascurata: una sola parte non è più praticata ed è quella dei massaggi prostatici e dei massaggi uretrali su Benniqué. Per la prostatite si prescrivono lavaggi caldi e suppositori all'ittiolo: i lavaggi e le istillazioni uretrali sono consigliabili perchè possono distruggere i microrganismi che sono alla superficie della mucosa.

Azione sull'organismo. — La reazione normale è il solito *choc* con malessere generale, cefalea, T. 38,5-39 qualche ora dopo l'iniezione.

Questi fenomeni possono presentarsi dopo tutte le iniezioni o solo verso la quarta, mentre per solito le successive iniezioni non provocano più nessun malessere.

Localmente la iniezione di latte non produce nessun disturbo o quasi, ma non è così per quelle di vaccino; ben presto la regione diviene

dolente e presenta un eritema locale che può durare anche per due giorni; non vi è mai tendenza alla suppurazione.

Le reazioni anormali possono essere tali per *intensità* ed allora tutti i fenomeni suddetti sono più intensi; può aversi anche vomito, mialgie, senso di oppressione e dopo otto, dieci ore tutto ha termine con profusi sudori. Nei giorni seguenti abbattimento ed inappetenza.

L'anormalità della reazione può anche consistere nella frequenza dello choc febbrile che di solito non si verifica che alle prime iniezioni: in tali casi è bene tenersi alle dosi deboli.

Anche la reazione locale può prodursi irregolarmente sia per il dolore che per il gonfiore.

Secondo l'A. queste reazioni, quando non sono troppo violente, sono un buon prognostico per l'uretrite ed infatti, i malati che non reagiscono, traggono scarsi benefici dalla cura, mentre anche dei filamenti ribelli sono scomparsi dopo uno *choc* intenso.

I soli malati, nei quali è controindicata tale cura, sono quelli con diatesi colloidoclasica e gli asmatici nei quali l'equilibrio colloidale è assai fragile.

La cura associata dei vaccini e del latte dimostra la sua superiorità specialmente nella uretrite acuta: fin dalle prime iniezioni scompaiono i dolori qualche volta assai intensi, la essudazione si riduce alla sola goccia mattutina e a scarsi filamenti nelle orine il che permette attiva medicazione locale.

Nelle prostatiti acute i dolori perineali e la ritenzione di orine scompaiono in qualche caso fin dalla prima iniezione. Nessun malato curato con tal metodo presentò suppurazione ed in tutti fu evitato il passaggio della prostatite allo stato cronico.

Per quanto riguarda le forme croniche di uretrite si sa che per lo più sono dovute alla presenza di prostatite o di follicoliti periuretrali.

Di prostatiti croniche l'A. ha curato con il suo metodo 18 malati e tutti sono completamente guariti senza, ben inteso, praticare massaggi sulla prostata.

Se l'infezione data da più anni è necessario praticare da 10 a 25 iniezioni per ottenere la guarigione: in 5 casi che presentavano poca reazione alla cura sono state necessarie da 80 a 100 iniezioni per averne ragione.

Le follicoliti periuretrali che si svuotano nell'uretra sono spesso la causa delle uretriti acute a ripetizione: 6 casi curati con la vaccinoterapia e le iniezioni di latte sono rapidamente guariti senza massaggi su Benniqué.

Nelle cistiti la dose del latte da iniettare deve essere di 5 cmc. fin dalla seconda iniezione per ottenere più prontamente lo *choc*: l'azione del latte combinata con quella del vaccino è, sopratutto sui sintomi funzionali, assai più rapida di quella che si può ottenere con l'uso dei soli vaccini.

Nell'epididimite si sono ottenuti senza dubbio i migliori risultati: nessuno dei malati così curati è stato obbligato al riposo in letto, anzi quasi tutti dopo la seconda iniezione hanno potuto attendere alle loro abituali occupazioni essendosi subito calmato il dolore e ridotta notevolmente la tumefazione.

Nel reumatismo articolare si sono ottenuti buoni risultati in 8 casi su 9 che sono stati curati: il paziente che non ha risentito nessun giovamento non presentava mai reazioni dopo le iniezioni benchè furono stati iniettati fino a 5 cmc. di latte e due miliardi di microbi.

Concludendo, il metodo su esposto può essere pericoloso per i soggetti che presentino una spiccata diatesi colloidoclasica; d'altra parte però dà scarsi risultati nei malati nei quali non si riesca a produrre lo *choc*.

V. MONTESANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

W. MARLE. *Einführung in die klinische Medizin.* Un volume in-8° di 311 pag. con 379 fig. Urban e Schwarzenberg, Berlino e Vienna, 1924, Prezzo Fr. svizzeri 8,25.

Scopo di quest'opera è quello di iniziare il giovane allo studio della medicina clinica e di dargli i concetti generali su tutti i rami della scienza e della pratica medica. L'opera non va quindi considerata come uno dei tanti compendii o ripetitorii per gli esami; è invece intento dell'A. di esporre la materia in modo che lo studioso se ne formi un'idea sintetica, che gli sia una guida sicura nella complessità dell'esercizio professionale.

Il presente volume comprende la patologia generale, la microbiologia clinica e la dottrina immunitaria, i metodi generali di esame del malato e delle sue funzioni, la diagnosi e la terapia generale. Negli altri tre volumi che completeranno l'opera verranno trattate la medicina interna, la chirurgia e le specialità. In tal modo il giovane può farsi un'idea complessiva di tutte le branche della medicina, fra le quali sceglierà in seguito il suo campo d'azione. Per offrire poi modo allo studioso di approfondire qualche argomento che, per forza di cose, è trattato dall'A. in modo succinto e schematico, si trova alla fine di ogni capitolo un elenco delle opere più consigliabili.

fil.

K. BLÜHDORN. *Säuglingsheilkunde der täglichen Praxis*. Un vol. in-16° di 190 pag. Urban e Schwarzenberg edd. Berlino e Vienna, 1924. Prezzo Fr. svizzeri 3,75.

Dopo aver dedicato una ventina di pagine alle malattie dei neonati, l'A. tratta il capitolo più importante per il bambino poppante, quello cioè dell'allattamento naturale ed artificiale e dei disturbi e malattie connesse con la nutrizione o che hanno prevalentemente sintomi dell'apparato digerente. A parte si diffonde poi sui sintomi che più spesso si osservano, quali il vomito, le convulsioni, le anemie, gli stati di meningismo; un capitolo speciale è dedicato alla diatesi emorragica, pochi accenni alle malattie infettive ed a quelle respiratorie. In un'interessante appendice, l'A. parla poi dei malesseri e dei disturbi del ragazzo che va alla scuola.

La trattazione, come si vede, non segue lo schema dei soliti trattati e manuali, ma ha di mira le malattie ed i disturbi che più frequentemente si osservano e che presentano nel poppante delle speciali particolarità. Come tale, risponde forse meglio ai bisogni del medico generico, anche per il modo essenzialmente pratico con cui sono svolti gli argomenti.

fil.

Handbuch der biologiscen Arbeitsmethoden. Herausg. v. E. *v.* ABDERHALDEN. Abt. V. XX. *Zentralnervensystem.;* in-8 di 54 pag. Urban e Schwarzenberg edd. Berlino e Vienna, 1924. Prezzo Fr. svizzeri 2,65.

In questa puntata del noto trattato, che fa parte del volume dedicato alle funzioni del sistema nervoso centrale, P. Hoffmann espone la ricerca del tempo di reazione reflessa, misurata sui riflessi tendinei e superficiali e studiata sull'uomo e sugli animali. Lo stesso A. tratta poi la determinazione della velocità di reazione, che ora, con le applicazioni sempre più diffuse della psicofisiologia, assume notevole importanza. Sono studiate le reazioni ai diversi stimoli (visivi, acustici, dolorifici, ecc.) con la descrizione degli apparecchi adatti allo scopo.

fil.

Die Medizin der Gegenwart in Selbstdarstellungen. Secondo vol. Un vol in-8° di 250 pag. con fotografie. F. Meiner, Lipsia, 1924. Prezzo L. 30.

Abbiamo già data notizia di questo libro in occasione della pubblicazione della prima parte. Questo volume comprende la biografia di D. Barfurt, noto per i suoi studî sulla ereditarietà e sulla embriogenesi, di P. Grawitz che ha numerosi ed importanti lavori di patologia generale, del noto igienista F. Hueppe, del farmacologo H. H. Meyer, di F. Penzoldt, nome caro ai medici pratici, del quale si è pubblicata nel 1923 la decima edizione del suo « Lehrbuch der klinischen Arzneibehandlung ».

Interessanti lavori di batteriologia, parecchi dei quali diretti a dimostrare l'azione patogena dei miceti, ha fatto J. Rosenbach. Numerosi sono gli studî specialmente di clinica e patologia del sistema nervoso di F. Schultze. Abbondante è la produzione scientifica di H. Schultz nel campo della farmacologia, com-teria.

fil.

G. ALESSANDRINI. *Insetti trasmettitori di malattie.* Bologna, Nicola Zanichelli, Editore, 1924. N. 21-22 delle « Attualità Scientifiche ». Serie Medica. Vol di pagg. 92, con 34 figure. L. 12.

Il valente parassitologo della Università di Roma ha arricchito l'elegante ed utile collezione dello Zanichelli con un trattatello sugl'insetti trasmettitori di malattie nel quale la vivacità della forma, la chiarezza dell'esposizione, le interessanti notizie d'indole pratica hanno insieme congiurato per togliere all'astruso argomento scientifico il sussiego cattedrattico. Ne è riuscito un libro che, in un giusto equilibrio fra dati scientifici e consigli pratici, torna utile tanto ai cultori della parassitologia, ai medici, agli studiosi, quanto alle persone che, senza dovere cozzare il capo nelle aride e difficoltose esposizioni di pura scienza, amano arricchire le loro culture di preziose conoscenze, ed anche alle persone di media o pura cultura che vogliano trovare i precetti pratici per difendersi dagli insetti i quali sono un po' padroni della nostra vita, dando fastidi e triboli, ma sopratutto trasmettendo in varia guisa i germi ed i virus di diffuse e gravi malattie infettive.

E ben dice l'A., ricordando che un valente entomologo aveva già riconosciuto che gl'insetti bisogna conoscerli da vicino per imparare ad apprezzarli o temerli, che è anzi necessario conoscerli assai bene data la grande influenza che essi esercitano sulle piante, sugli altri animali, sulla terra stessa e per potersi difendere dalle loro insidie.

Alcune nozioni chiare, precise ed esemplificate dal commensalismo, il mutualismo ed il parassitismo facoltativo e obbligato, continuo o transitorio, precedono lo studio dei fattori che permettono il parassitismo, per i quali specialmente interessante è la spiegazione del meccanismo con il quale gl'insetti resistono all'asfissia e l'esplicazione dei diversi tropismi dei quali sono dotati gl'insetti, per lo straor-

dinario sviluppo degli organi dei sensi specifici e di organi speciali. In successivi capitoli si discorre degli insetti parassiti obbligati in tutte le fasi della vita, come alcuni acari (un criterio pratico, se non prettamente zoologico ha indotto l'A. a comprendere in questa categoria alcuni artropodi che non sono insetti), mettendone in evidenza il modo di diffusione; e dei parassiti obbligati allo stato adulto, quali le pulce della sabbia.

Un apposito capitolo, copioso di interessanti fatti, di consigli pratici e di belle figure, riguarda i parassiti allo stato larvale, ossia le *miasi*. Dopo un rapido ricordo di quegli insetti pungenti che occasionalmente possono essere agenti di malattie o inoculatori di germi infettivi, l'A. dedica una più ampia e dettagliata esposizione a quelle malattie il cui agente specifico è trasmesso per mezzo di insetti, ospiti intermedi e necessari (spirochetosi, malaria, leishmaniosi, tripanosomiasi, filariosi, tifo petecchiale, peste, febbre da pappataci), dove ai fini pratici sono da ricercarsi con interesse i mezzi più idonei per la disinfestazione dai pidocchi e dalle pulci.

L'ultimo capitolo tratta delle mosche, di quelle che passivamente sono vettrici di germi infettivi, mettendo in evidenza la loro importanza nella trasmissione delle uova e delle larve degli elminti intestinali e dei germi delle più svariate malattie infettive e ricordando i più efficaci tentativi di lotta che possiamo avere oggi a disposizione per difenderci da tale flagello.

Riconosce l'A. che i risultati della lotta contro gl'insetti non sono ancora gran cosa, per colpa di pregiudizi, di ignoranza, di trascuratezza sulle elementari norme di pulizia, della ancora deficiente coscienza igienica del popolo. E' da augurare a questo libro dell'Alessandrini una grande diffusione non solo nel ceto medico, chè i colleghi vi troveranno una ricca raccolta di utili notizie, ma anche e sopratutto al di fuori dell'ambiente medico dove potrà esercitare una buona propaganda d'igiene pratica. *g. s.*

P.-F. ARMAND-DELILLE. *L'assistance sociale et ses moyens d'action*. Un vol. in-16° di pagine 294. F. Alcan ed., Parigi. Prezzo Fr. 9.

Si tende oggi a ridurre al minimo possibile l'assistenza pubblica per sostituirvi delle istituzioni di previdenza e di igiene, mentre d'altra parte si sente la necessità di organizzare la beneficenza privata in modo che essa, riunendo le forze dei singoli, agisca con uno scopo determinato, che sia di reale vantaggio per tutta la società. E la terapia eziologica che, anche per la società, va prendendo il posto di quella sintomatica e che ha quindi le migliori probabilità di successo.

Per sostituire efficacemente le antiche opere di beneficenza, l'assistenza sociale deve agire con metodi scientifici e con personale specializzato che possa dedicarvi tutto il suo tempo. Naturalmente, per raggiungere i suoi scopi, l'assistenza sociale deve limitarsi a pochi problemi, scelti fra i più urgenti, quali sono oggi quelli riguardanti la famiglia, i bambini, la tubercolosi, le malattie veneree. Ad istradare i neofiti a questa missione che può significare un vero rinnovamento sociale, è dedicato questo libro di Armand-Delille. Esso dà i principî generali di tale assistenza, indica il modo di procedere nelle diverse inchieste per le quali fornisce numerosi schemi, accenna ai provvedimenti da prendere per ogni caso, alle istituzioni che debbono provvedere per l'assistenza al bambino, al tubercoloso, all'alcoolista.

All'opera di assistenza sociale può validamente cooperare l'infermiera visitatrice e l'A. indica appunto quale può essere la sua missione in questo campo. Un estratto delle disposizioni di legge francesi riguardanti l'assistenza sociale chiude questo libro di cui è da consigliarsi caldamente la lettura a chiunque abbia a cuore tali questioni. *fil.*

G. PISENTI. *La questione ospedaliera e le assicurazioni sociali*. 1 vol. in-16 di p. 190, con prefaz. del sen. B. Rossi, a cura dell'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale. Bologna, 1924. Editore L. Cappelli. Prezzo L. 8.

Lo studio del Pisenti, tratto da una copiosa e diligente analisi di documenti e di pubblicazioni dell'Italia e dell'Estero sulle assicurazioni sociali e su istituzioni similari, dimostra quale portata le nuove forme di previdenza assumano nella gestione economica e nell'efficienza tecnica degli ospedali ed illustra i rapporti che ne derivano e la necessità di fissarli evitando perturbamenti. L'importante lavoro è condotto con obbiettività. R. B.

Scritti di Scienze mediche e naturali a celebrazione del Primo centenario dell'Accademia di Ferrara. Raccolti a cura del dott. E. Padovani. Un vol. in-8° di pag. 316. Industrie grafiche italiane, Ferrara, 1923. Prezzo L. 25.

Già fin dal 1822 si tenevano in Ferrara delle riunioni scientifiche di medici e farmacisti, sotto il nome di Conversazioni mediche. Successivamente nel 1824 si formò il Consiglio Accademico, sviluppatosi poi nella attuale Accademia, che ebbe ed ha tuttora una vita fervida,

proficua e fiorente per numero di soci italiani e stranieri, dimostrata dalla gloriosa storia che in occasione del primo centenario viene pubblicato con questo volume. E la solennità della celebrazione viene meglio che con festeggiamenti, ricordata dalle pregevoli ed interessanti memorie — circa una trentina — qui pubblicate da alcuni dei soci, le quali danno all'Accademia un giusto motivo di compiacimento e di orgoglio.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

" Ars Medica ,,.

(*San Paolo del Brasile - Sessione Scientifica Ordinaria del 24 febbraio* 1924).

Il prof. MANGINELLI che presiede la sessione, comunica di avere telegrafato al prof. Putti invitandolo a fermarsi in S. Paulo in occasione del suo viaggio in Argentina, per tenere delle conferenze scientifiche.

Un caso di eritema polimorfo essudativo riscontrato in una donna leprosa.

Prof. DEFINE. — Dopo avere esposta la questione degli eritemi quale è concepita attualmente nel campo dermatologico, attribuisce la causa della eruzione cutanea all'azione di un medicamento usato dall'inferma per la cura della lepra: l'argento colloidale. Discute i caratteri diagnostici differenziali che fanno escludere essere la dermatosi di natura leprosa e fanno invece considerarla come una tossidermite medicamentosa.

Diagnosi di compressione del midollo spinale.

Prof. E. TRAMONTI. — Rileva l'importanza che hanno, per la diagnosi di natura e di sede in caso di affezione delle vertebre, alcuni sintomi, in apparenza trascurabili di fronte agli altri fenomeni più eclatanti della grave sindrome. Tali sintomi sono costituiti dalla *pallestesia* o *sensibilità vibratoria*, dal *dermografismo bianco*, dai *disturbi subbiettivi della sensibilità* e spesso concedono di formulare con notevole esattezza la diagnosi dando indicazioni precise al chirurgo, come si è verificato in un caso di recente osservazione dell'autore.

Parla brevemente, a proposito di tale comunicazione, il prof. HABERFELD, rispetto al dermografismo bianco.

Calcolosi salivare.

Dott. G. PRIORE. — Tratta diffusamente la patogenesi, la sintomatologia, la diagnosi differenziale e la cura; riporta due casi da lui osservati e studiati e ricorda un terzo caso, capitato all'osservazione del dott. Luciano Gualberto, e nel quale egli ottenne un radiogramma positivo coll'immagine ben visibile di tre calcoli che avevano determinato la sclerosi della glandola.

Radioterapia della leucemia mieloide.

Dott. OCTAVIO DE CARVALHO. — Comunica due casi trattati col metodo viennese. I risultati ottenuti, fin dall'inizio, furono impressionanti. I malati ebbero un notevole miglioramento nello stato generale, miglioramento che ebbe riscontro nell'esame del sangue, il quale dimostrò un'enorme diminuzione delle forme immature con contemporaneo aumento delle forme mature di leucociti.

Il dott. PRIORE ricorda in proposito un caso di leucemia linfatica trattato colla radioterapia da lui nel 1915 con esito soddisfacente, giacchè prolungò notevolmente la vita del malato.

Il prof. DONATI ritiene che l'effetto benefico dei raggi X possa esercitarsi sotto forma di stimolo sugli elementi immaturi.

Il prof. HABERFELD ritiene che si tratti invece di un'azione distruttiva che si esercita di prevalenza sugli elementi immaturi e ricorda come tali elementi debbano considerarsi elementi abnormi.

Il dott. G. COMPARATO si intrattiene sulla tecnica della radioterapia e fa delle considerazioni sulla nota prevalenza di azione biologica che i raggi X esercitano sugli elementi giovani.

Il prof. MANGINELLI pur ammettendo che non si possa oggi affermare nulla in merito ai risultati definitivi della radioterapia nelle leucemie, ritiene che al momento attuale è l'unico mezzo terapeutico che abbiamo a nostra disposizione. La radioterapia profonda dà specialmente adito a buone speranze.

Prof. E. TRAMONTI.

Circolo di Cultura di Medicina e Chirurgia nell'Università di Catania.

Seduta del 18 maggio 1924.

Il primo caso di lussazione orizzontale dell'omero inveterata.

G. MUSCATELLO. — Illustra con fotografie e radiografie l'interessante e rarissimo caso clinico nel quale l'intervento operatorio restituì intiera la funzionalità all'arto.

Gravi lesioni delle vie motrici extra-piramidali (presentazione di caso clinico).

E. AGUGLIA. — Presenta un ammalato la cui storia può essere così riassunta: «T. G., di anni 21, ex-questurino. Eredità neuro-psicopatica famigliare e personale negativa. Non sifilide. Non alcoolismo. Encefalite letargica nel dicembre 1920 con la nota sintomatologia. Inizio di un'evidente sindrome parkinson-simile dal gennaio 1921; ammissione in clinica nel maggio dello stesso anno. Decorso rapido e progressivo della malattia». In atto «nessun segno di lesioni delle vie piramidali: evidente il segno del Poussep: immobilità assoluta in atteggiamento caratterizzato da ipertensione muscolare tale da far sembrare l'infermo fissato in contrattura (flessoria degli arti superiori, estensoria degli inferiori): sensibilità integra in principio di osservazione che al momento dell'esame dà reperti un po' incerti; ben evidenti solo alcune

parestesie a tipo formicolio negli arti inferiori ».

L'O. in base alle correnti concezioni sulle vie motrici extrapiramidali, espone il concetto di una localizzazione nel corpo striato, con interessamento simultaneo a tipo distruttivo così del paleostriato come del neostriato.

Riservandosi di far note alcune ricerche anatomiche trova alquanto semplicista la concezione del Vogt sulla sistematizzazione delle cellule a funzione coordinatrice ed inibitoria e delle cellule a funzione motrice del corpo striato.

Di un procedimento ausiliario nella cura chirurgica di certi echinococchi del polmone.

A. DI GRAZIA. — L'O., dopo aver fatto rilevare che in alcuni casi di cisti di echinococco del polmone anche il metodo in due tempi di Lammas e Mondino che ormai è riconosciuto come metodo di elezione non ottiene lo scopo per le speciali condizioni di sede e di volume della cisti, illustra un caso in cui si ricorse ad un procedimento chirurgico ausiliario *di necessità* per ottenere la vomica e l'espulsione completa del parassita. Tale procedimento applicato in un ammalato dell'Ist. di Pat. chir. dal prof. Muscatello, consiste nell'esercitare una compressione costante sul parenchima polmonare soprastante alla cisti, attraverso la breccia toracica praticata per il metodo in due tempi per mezzo di un tampone di garza tenuto a posto da una fasciatura compressiva. Fa rilevare i vantaggi di tale compressione diretta sulla cisti paragonandoli a quelli del pneumotorace il quale esercita una compressione su tutta la superficie polmonare e necessariamente deve praticarsi in modo lento senza sorpassare una data pressione. Il procedimento della compressione diretta dà al resto del polmone la libertà di espandersi e ad ogni inspirazione produce un aumento di pressione solo sulla cisti. Tale pressione a sbalzi finisce per provocare il distacco della membrana propria. Il procedimento è da preferirsi alla vaccinoterapia di Petrow che espone il paziente a gravi pericoli.

Nella discussione il prof. IZAR si associa all'O. nel ritenere che difficilmente col pneumotorace terapeutico si possa ottenere l'espulsione della cisti, sia per il numero esiguo di casi nei quali le pleure sono libere da aderenze, sia per la forte pressione positiva necessaria per provocare la rottura della cisti, compressione in generale mal tollerata dal paziente per i cospicui spostamenti del mediastino.

Di un enorme idrocele biloculare.

A. DI GRAZIA. — L'O. descrive un caso di enorme idrocele biloculare che occupava lo scroto destro e si continuava attraverso il canale inguinale in una enorme sacca addominale contenente sette litri e mezzo di liquido. Il caso presentava interesse: 1) per il grande volume della sacca, unico nella letteratura; 2) per la difficoltà diagnostica con un idrocele tubercolare concomitante ad una peritonite tubercolare saccata; 3) per la relativa facilità della tecnica operatoria (prof. Muscatello), consistente nell'apertura del canale inguinale con una piccola incisione di 6 cm. circa attraverso la quale, dopo avere svuotata la raccolta di liquido fu possibile estrarre la parete della sacca addominale che si svolgeva preperitonealmente e quella scrotale. Ricorda alcuni casi importanti della letteratura fra cui quello di Wini Warter e del Fracassini.

Di un caso di seminoma del testicolo con metastasi all'altro testicolo.

A. DI GRAZIA. — L'O. ricorda le passate controversie sulla istogenesi del cosidetto seminoma del testicolo e l'accordo quasi raggiunto nel considerare questo tumore un puro carcinoma proveniente dai tubi seminiferi e precisamente dalle cellule spermatogonie. Illustra un caso di tale tumore in un individuo di 73 anni originatosi al testicolo sinistro senza metastasi preaortiche clinicamente apprezzabili ed operato dopo 7 mesi. Dopo 6 mesi nuovo intervento per metastasi al testicolo destro e dopo altri 3 mesi per metastasi alle parti molli della regione inguinale sinistra. Anche in questi due ultimi interventi non si apprezzarono metastasi alle ghiandole preaortiche. Il paziente morì poco tempo dopo pare per malattia intercorrente. Il caso è importante oltre che dal lato istologico in quanto conferma le vedute suesposte come dai preparati che l'O. presenta e per la metastasi al testicolo opposto senza interessamento delle vie linfatiche, il che fa pensare che essa possa essere avvenuta per via ematogena.

Il prof. DE VECCHI rileva l'importanza del caso presentato dal punto di vista anatomo-patologico vista l'età del paziente e l'anomala diffusione del neoplasma al testicolo opposto. Dal punto di vista generale crede opportuno abbandonare la denominazione di seminoma, sostituendola con quella di epitelioma solido dei tubuli seminiferi, nomenclatura che meglio individua la genesi del neoplasma.

Note cliniche e terapeutiche sopra un caso di lupus scleroso (presentazione di caso clinico).

E. BALBI. — L'O. presenta un malato affetto da lupus scleroso nel quale il processo iniziatosi 20 anni or sono ha raggiunto una vasta estensione con invasione di zone cutanee raramente colpite. L'affezione pur dopo così lungo tempo non mostra nessuna tendenza alla ulcerazione, nè come di solito una risoluzione centrale delle chiazze. Curato con applicazioni locali di tubercolina ha mostrato un lieve miglioramento di alcune zone cutanee.

Su un caso di anuria a patogenesi complessa.

F. GRECO. — Comunica un caso di anuria in uomo di 69 anni con precedenti litiasici e con sintomi di lieve insufficienza renale. Malgrado il reperto radiografico negativo fu operato in quinta giornata di nefrostomia sinistra. Fu trovato il rene fortemente congesto e ripieno di urina. Non furono trovati calcoli, soltanto un piccolo accumulo di granuli di renella al fondo della pelvi. L'a. guarì, ma fin dopo 4 mesi dall'atto operativo persistette isostenuria, leggera albuminuria e cilindruria. Sebbene il caso clinico fosse tipico ed esistesse un

ostacolo di deflusso delle urine dato oltre che dal corpo estraneo dallo spasmo dell'uretere, pure l'O. crede che in questo caso non possa parlarsi puramente di anuria calcolosa riflessa. Certamente il piccolo accumulo di granuli di renella non avrebbe potuto dare un riflesso inibitorio su la secrezione renale così duraturo se non fosse esistita una alterata funzionalità dei reni. Il caso conforta l'opinione ormai accettata che in tutti i casi di anuria calcolosa i reni presentano delle lesioni variabili dovuti per lo più alla litiasi pregressa.

Il prof. MUSCATELLO ritiene che in caso di anuria si debba intervenire prima della quinta giornata perchè trascorso tale tempo la lesione renale interessando fortemente il parenchima dà poche probabilità per la vita del paziente.

Il prof. ZURRIA a proposito della comunicazione precedente e delle osservazioni del prof. Muscatello riferisce su di un caso da lui operato in 17ª giornata di anuria totale. Uomo obeso ed erculeo, pregresse coliche a destra, l'ultima a sinistra seguìta da anuria: stato generale ottimo tanto che l'infermo si presenta ambulatoriamente. Nefrostomia: rene enorme congesto. Subito dopo urinazione per le vie naturali. Nelle prime 24 ore 11 litri dalle vie naturali, 2 litri dal drenaggio; densità 1012. Nei giorni seguenti la quantità d'urina ritorna man mano normale, ma il peso specifico si abbassa sin quasi a 1000. Intervengono fenomeni di uremia. L'a. soccombe per uremia in 12ª giornata pur continuando la quantità di urina a mantenersi normale sino a poche ore prima della morte. Il caso è importante per dimostrare la necessità di intervenire non più tardi del quinto giorno di anuria, poichè dopo il parenchima renale è talmente alterato da compromettere definitivamente la funzione lasciando passare solo acqua.

Febbre melitense con esantema petecchiale.

G. IZAR. — Illustrazione di caso clinico. Comparsa di esantema petecchiale al torace ed addome in seconda settimana di malattia. Sierodiagnosi positiva ed emocoltura negativa. Il caso offre interesse per la rarità della sindrome petecchiale, mentre sono relativamente frequenti i casi con manifestazioni emorragiche più imponenti (porpora, peliosi) dovute alla coesistenza di una setticemia streptococcica.

Prof. G. IZAR.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta del 10 novembre 1923.

Presidenza: Prof. PIERI, Presidente.

Su i moderni metodi di diagnosi della sifilide.

Dott. R. GRIGOLLI. — L'O. espone dettagliatamente la tecnica e i risultati delle reazioni di Wassermann, Sachs-Georgi, Porges. Noguchi, e conclude affermando che il maggior valore resta sempre alla reazione di Wassermann.

Tre casi di tubercolosi polmonare bilaterale trattati col pneumotorace artificiale.

Dott. A. SPANIO. — Presenta tre casi di tubercolosi polmonare bilaterale (broncoalveolite fibrocaseosa estesa a sinistra e limitata alla regione apicale e sottoapicale a destra) trattati col pneumotorace artificiale dal lato più colpito. In tutti e tre i malati si ebbe, dopo qualche mese, scomparsa dei segni clinici di broncoalveolite dal lato opposto, come pure della febbre, dei sudori, della tosse e del bacillo di Koch nello espettorato ed insieme un notevole miglioramento nelle condizioni di nutrizione e di sanguificazione testificati da un sensibile aumento del peso corporeo e dai reperti ematologici.

In due dei casi, dopo quattro mesi dall'inizio della cura, si manifestò pleurite pneumotoracica a tipo acuto con la produzione di un liquido che all'esame citologico ha presentato i caratteri della pleurite tubercolare e che ha finito per occupare tutta la cavità pneumotoracica determinando spostamento del mediastino antero-inferiore con completa destrocardia.

Ciò non ha impedito ai due malati di continuare in un progressivo miglioramento; essi si dimostrano ora, dopo dodici mesi, capaci di una discreta attività lavorativa e non hanno sintomi obbiettivi nè soggettivi di ostacolata funzione cardiovascolare se non entro limiti ben sopportabili.

Sulla terapia del cherato-ipopion.

Dott. G. FERRARI. — Parlando brevemente della terapia del cherato-ipopion, accenna anzitutto a due gravi complicanze di questa malattia: la dacriocistite che va combattuta con la distruzione o meglio con la estirpazione del sacco lagrimale, e l'ipertensione endooculare, che va combattuta con la pilocarpina e le operazioni decompressive, come la paracentesi, il taglio di Soemisch, l'iridectomia.

Passa quindi in breve rassegna i moderni mezzi fisici e chimici atti a combattere l'ulcera corneale, accennando infine alla sieroterapia e proteinoterapia.

È importante che la cura si inizi molto precocemente: è eccezionale che una terapia bene diretta non riesca a vincere questa malattia che troppo sovente è causa di cecità.

Sulla cura delle anchilosi.

Prof. PIERI. — Espone le moderne idee sulla cura operatoria delle anchilosi, suffragandole colla presentazione di 3 casi clinici:

In un giovanetto di 17 anni per una anchilosi ossea post-traumatica del gomito datante da 7 anni fu eseguita una artroplastica (modellamento dei nuovi capi ossei e rivestimento con fascia lata) con buon risultato: escursioni attive flessoestensorie di 70 gradi.

In una anchilosi ossea del ginocchio ad angolo acuto (esito di una grave artrosinovite acuta posttraumatica) con forte accorciamento dell'arto, l'O.

praticò una osteotomia cuneiforme curvilinea nel blocco osteo-articolare ottenendo il raddrizzamento dell'arto col minimum di sacrificio osseo. Il malato, un ragazzo di 13 anni, cammina con andatura molto migliore di prima: ginocchio esteso rigido, accorciamento compensato da una scarpa ortopedica.

Una giovine di 24 anni con anchilosi bilaterale dell'anca in flessione o adduzione (esito di una coxite bilaterale iniziatasi all'età di 4 anni) camminava in modo disgraziatissimo poggiando le mani sulle ginocchia flesse. Le fu praticata una osteotomia obliqua sottotrocanterica bilaterale. Ora cammina dritta, e la corretta deambulazione è grandemente agevolata dalla conservazione di piccole escursioni articolari (non oltre i 10 gradi) delle anche.

Seduta del 5 dicembre 1923.
La tubercolosi in provincia di Belluno.

Dott. C. PAGANI. — Prospettate le difficoltà che si presentano per qualsiasi rilievo statistico esatto dei casi di tubercolosi, dimostra come l'indice più attendibile circa la diffusione della malattia sia da ritenersi quello della mortalità. L'O. presenta dei diagrammi sulla mortalità per tubercolosi desunti dalle statistiche ufficiali sulle cause di morte dal 1887 al 1916. In tale periodo la mortalità globale per tubercolosi di ogni forma e sede è salita da 318 a 521 toccando il massimo di 622 nel 1915. In queste cifre la tubercolosi polmonare tiene il primo posto passando con progressione quasi continua dai 236 ai 375 morti all'anno.

Per gli anni posteriori al 1916 mancano cifre ufficiali. L'O. mette però in evidenza alcuni elementi di fatto che permettono di arguire quanto la tubercolosi — prima di tutte le forme quella polmonare — sia aumentata specialmente in rapporto al modo col quale è stata organizzata l'assistenza ai tubercolosi di guerra.

Su di un corpo estraneo insolito nel bronco superiore di sinistra.

Dott. A. PAGANI CESA. — Riferisce la storia di un bambino di 7 mesi, il quale in seguito ad aspirazione di una spiga di *hordeum murinum* presentò una netta sintomatologia di eccitazione vagale: tosse, bradicardia, broncospasmo e laringospasmo così imponente da dare al quadro l'aspetto di una vera stenosi crupale del laringe. La spiga rimase in sito per 25 giorni senza dare broncopolmonite nè atelettasia polmonare ma, fungendo da corpo a valvola, dava enfisema in tutto il lobo superiore di sinistra. Negli ultimi tre giorni di vita il piccolo paziente presentò dei periodi di apnea, che l'O. spiega o con una maggiore eccitazione vagale, o con un assopimento dei centri nervosi dato dalla continua tensione in cui essi si trovavano già da molti giorni.

L'autopsia dimostrò la presenza della spiga nel bronco ipoarterioso di sinistra con reazione infiammatoria della mucosa. Tutto il lobo superiore era enfisematoso: evidentemente l'aria aveva facile accesso, ma non trovava uscita per la diminuzione del lume bronchiale nella espirazione.

L'O. riprodusse in un cane attraverso tracheotomia l'aspirazione di una analoga spiga nei bronchi; sacrificato l'animale dopo due mesi, la spiga fu trovata identicamente nel bronco ipoarterioso di sinistra.

Poichè questo referto contrasta con quello che si verifica nell'aspirazione degli altri corpi estranei, che di regola si fermano nel bronco inferiore di destra, l'O. prospetta l'ipotesi che le spighe, ubbidendo più all'azione della aspirazione che a quella della gravità, imbocchino più facilmente il bronco superiore di sinistra, che per il suo minor lume ha negli atti inspiratori maggiore forza di aspirazione.

Su un caso di pseudoermafroditismo.

Dott. F. BOGO. — Una ragazza di 18 anni, che da due anni aveva notato lo sviluppo delle mammelle e la comparsa di peli sul pube, fu ricoverata in Ospedale per la cura di un'ernia inguinale destra. Operata, nel sacco si trovò (e fu asportato) un corpo grande quanto una noce, che aveva tutto l'aspetto di un testicolo (senza epididimo), e lo era in realtà, come confermò l'esame microscopico. L'esame dell'apparato sessuale ripetuto più attentamente dimostrò normali i genitali esterni femminili, e una obliterazione della vagina a 2 centimetri dall'imene. L'esame rettale e la palpazione combinata non diedero sensazione di presenza dell'utero e degli annessi.

G. LOCATELLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Diagnosi clinica della difterite.

Il sussidio della batteriologia nella diagnosi di difterite ha notevoli limitazioni ed ormai nessun batteriologo potrebbe sostenere che la diagnosi può fondarsi sul solo reperto del bacillo; è noto del resto il frequente insuccesso della ricerca in casi di difterite laringea. D'altra parte il reperto batteriologico arriva troppo tardi per il medico che conosce l'importanza di una sieroterapia precoce. Occorre quindi conoscere bene il modo di diagnosticare clinicamente la difterite, ciò che è assai agevole in alcuni casi, ma è invece ben difficile in altri.

F. H. Thomson (*Medical Review*, aprile 1924) dà in proposito le seguenti indicazioni.

Scarlattina. — Può farsi confusione nelle forme semplici, come in quelle settiche; nelle prime l'inizio subitaneo, con vomiti ed alta temperatura è favorevole alla scarlattina e così pure la notevole iniezione del palato molle, a meno che si tratti di forme gravi di difterite. Si devono poi cercare le tracce dell'eruzione, alla superficie esterna delle gambe o delle braccia, alle natiche, alla superficie flessoria del gomito. Nei casi settici, il deposito sull'area ulcerata è poltaceo e può essere asportato facilmente; la temperatura è alta, mentre nella difterite in questo stadio è piuttosto bassa.

Tonsillite follicolare. — Depongono contro di questa i depositi che si estendono sul palato molle e sui pilastri, nonchè le lesioni unilaterali, gli ingrossamenti spiccati delle ghiandole e l'abbondante secrezione nasale, specialmente se sanguinolenta. La presenza di albumina nelle urine sarebbe più in favore per la difterite; opinione che però ci sembra discutibile tenuto conto della frequenza con cui si nota albuminuria in molte angine e tonsilliti. La tonsillite follicolare è rara sotto i sette anni di età.

Angina del Vincent. — Nei primi stadi, la diagnosi può essere fatta col solo sussidio della batteriologia e quindi si deve senz'altro iniziare la sieroterapia. Nell'angina del Vincent, vi e poco o nessun risentimento ghiandolare, scarso edema attorno alla lesione, deposito molle e facilmente asportabile, pochi disturbi generali. Il fetore caratteristico può aversi anche nella difterite.

Nel *mughetto*, l'essudato è diffuso in tutta la bocca, ciò che invece è raro nella difterite. L'*angina catarrale* non si può distinguere dalle forme lievi di difterite se non col sussidio della batteriologia, nell'*angina ulcerosa*, si ha raramente albuminuria, la febbre è più alta, la gola più dolente, mentre il risentimento ghiandolare è scarso o nullo; in stadî avanzati, il deposito è molle e non membranoso, la temperatura elevata, mentre nella difterite tende ad abbassarsi; la presenza di secrezione nasale depone per la difterite.

Gli attacchi di *crup spasmodico* cessano in 1/2-2 ore e si calmano, sia pure per poco con l'aspirazione di un po' di cloroformio; se rimane un dubbio, si tratti l'individuo come difterico. Nel *laringismo stridulo* non vi è raucedine nè tosse; esso si osserva in bambini rachitici di sei mesi a tre anni di età e compare più subitaneamente che non la difterite laringea. Occorre inoltre tener presente la possibilità di altre condizioni più rare, come la cellulite del collo, la presenza di corpi estranei, l'ascesso postfaringeo. *fil.*

CASISTICA E TERAPIA.

La localizzazione dell' ulcera di stomaco.

Le ulceri gastriche della regione pilorica o quelle duodenali sono caratterizzate da crisi periodiche che si ripetono durante lunghi anni. Le fasi interparossistiche sono del tutto silenziose; l'esplorazione fisica e la radioscopia mostrano una lentezza della evacuazione, una ipersecrezione continua ed un certo grado di stasi; stabilitosi poi il restringimento pilorico, queste fasi diventano sempre meno silenziose.

L'ulcera della piccola curvatura è talvolta indolora al principio, ma ben presto i dolori diventano acuti e senza remissione. Nell'ulcera del duodeno i parossismi dolorosi sono separati da lunghe intermittenze.

Il momento della comparsa dei dolori non segue nessuna legge basata sulla sede; di solito il dolore è più tardivo quanto più copioso è stato il pasto. I dolori tardivi della dispepsia ipercloridrica sono calmati dall'ingestione di bevande o di polveri inerti, analogamente a quanto accade per quelli tardivi dell'ulcera. Nelle ulceri mediogastriche della piccola curvatura ed in quelle situate presso il cardias, i dolori sono calmati meno facilmente; quando poi non si calmano affatto, è da temersi che si siano formate delle aderenze.

La sede del dolore non ha rapporto con la localizzazione dell'ulcera e nemmeno le irradiazioni. Il dolore a cintura, quello irradiantesi dal torace al braccio sinistro sono frequenti nell'ulcera della piccola curvatura, medio-gastrica, con aderenze. Per converso quel-

lo trasfittivo, epigastrico non è per nulla rivelatore dell'ulcera. L'intensità dei fenomeni dolorosi è variabile da un individuo all'altro ed è in dipendenza della sensibilità del soggetto. I parossismi dolorosi assai violenti appartengono piuttosto alle crisi tabetiche.

I vomiti tardivi indicano un disturbo evacuatore dello stomaco e si osservano piuttosto nell'ulcera della piccola curvatura; quelli pure tardivi con alimenti appartengono ai periodi di stenosi pilorica o di restringimenti mediogastrici organici. I grandi vomiti di acqua acida sono quasi patognomonici delle ulceri della regione sfinterica.

Secondo E. e G. Durand (*Les Ulcères de l'estomac et du duodénum*, Masson ed.), la scialorrea si osserva specialmente nelle ulceri medio-gastriche; l'aerofagia, come la rara disfagia, in quelle sul cardias. L'ematemesi è più frequente nella localizzazione alla piccola curvatura, ma si può osservare anche in quelle duodenali. *fil.*

Trattamento medico senza alcali dell'ulcera peptica.

A. Frick (*Journal of Amer. med. Assoc.*, 23 febbr. 1924) ritiene che nel trattamento dell'ulcera peptica, più che la causa, vanno considerati i fattori che si oppongono alla guarigione. Fra questi si mette il succo gastrico, ma ciò non è giusto, poichè vi sono ulceri che guariscono spontaneamente, mentre ve ne sono di inguaribili in stomaci che non secernono acido cloridrico libero. Si deve invece pensare che ogni ulcera gastrica è infettata ed è accompagnata da iperattività di tutte le funzioni gastriche (ipersensibilità, ipermotilità, ipersecrezione ed iperacidità); l'ulcera è la causa della iperattività e questa d'altra parte impedisce la guarigione dell'ulcera.

L'A. ritiene quindi controindicati gli alcali e che si imponga un trattamento antiflogistico diretto contro l'infezione, l'infiammazione e l'iperattività funzionale. Egli prescrive il diugiuno per 24 ore e, nei casi di ipersecrezione, fino a che questa sia cessata. Lo stomaco va dapprima svuotato del tutto e, nel caso di ipersecrezione, sondato tutte le mattine. Nella dieta si dovranno sopprimere gli alimenti che provocano la secrezione gastrica, ridurre al minimo il sale, dare generosamente i grassi sotto la sola forma di panna fresca, burro fresco, ed in qualche caso olio di ulivo. Si daranno le quantità necessarie di proteine, di idrati di carbonio, di vitamine, di elementi minerali e si aumenteranno le quantità degli alimenti che promuovono i movimenti intestinali.

Come medicina l'A. si limita al sottonitrato di bismuto ad alte dosi, aggiungendovi in qualche caso un'acqua leggermente alcalina. L'A. è contrario all'uso dell'atropina, ma autorizza quello della morfina in caso di spasmo doloroso. Egli consiglia il riposo in letto durante il periodo iniziale di digiuno, quando vi è emorragia dell'ulcera, se l'ulcera è acuta, se vi è ipersecrezione continua con dilatazione gastrica e se vi è gastroptosi. In caso di recidiva, ricorrere subito al sottonitrato di bismuto ed al regime indicato. *fil.*

Cura medica o chirurgica nell'ulcera duodenale?

La questione è assai dibattuta e l'ultima parola su questo problema non è ancora stata detta. Si potrebbe risolvere ciò solo se un notevole numero di casi trattati gli uni medicalmente, gli altri operatoriamente fossero studiati e seguiti per anni.

Le Società di assicurazioni possono fornire dei dati di statistica assai interessanti.

Forsyth pubblica nel *British Méd. Journ.* del 3 maggio 1924 interessanti dati ricavati dalla Medical Sicknes and Life Assurance Society.

Qualunque sia il trattamento usato l'ulcera risulta essere una forma eminentemente cronica. Il periodo medio di invalidità fu di 4 mesi e 3 settimane, il più lungo periodo di incapacità totale fu di 1 anno e 2 mesi circa. Le ricadute risultano frequenti nel 37 % dei casi. E la percentuale delle recidive fu pressappoco identica nei casi operati e in quelli curati medicalmente. Il periodo di invalidità fu forse un po' più lungo nei casi operati che nei non operati. Su 33 casi operati vi furono 3 morti, e su 26 casi non operati vi furono zero morti.

Concludendo da queste statistiche si ricava che l'ulcera duodenale induce lunghi periodi di malattia, benchè solo di rado sia mortale pure è soggetta a recidive anche dopo molti anni, ma il maggior numero dei casi dopo il primo attacco si rimette e non ne ha altri. Non si può ammettere un netto vantaggio a carico del metodo chirurgico o medico, la cura dando risultati pressappoco identici con ambedue i sistemi. TONELLI L.

Nuovo metodo di intubazione dell'esofago nelle stenosi cancerigne.

Il carcinoma esofageo è più frequente di quanto si crede; spesso è inoperabile, ed in molti casi i più semplici interventi palliativi sono pieni di pericoli. La disfagia è uno dei suoi sintomi più penosi, e anche se mite può da un momento all'altro divenire estrema e minacciante.

Souttar (*British Med. Journ.*, 3 maggio 1924) dice che la gastrostomia ha praticamente seri inconvenienti, sia perchè si deve eseguire su pazienti assai deperiti, sia perchè l'alimentazione che essa permette è un ben miserabile sostituto della normale, sia perchè non è sem-

pre comodo nè ben fatto il trattamento del tubo gastrostomico, ed infine con essa il paziente può mangiare, ma non inghiotte la propria saliva.

L'esofagoscopia ha rivoluzionato le condizioni di cura potendosi oggi vedere e dilatare la stenosi cancerigna con relativa sicurezza. Ottenuta la dilatazione, si cerca di mantenerla con vari metodi.

I tubi di Symond sono assai usati e consistono in tubi di gomma elastica ad estremità conica che vengono fissati con un filo di seta all'orecchio del P. Ma essi si insudiciano molto e devono essere di frequente estratti. Le sonde di Hill sono d'argento coperte da un nastro di gomma, ed agiscono come dilatatori permanenti lungo i quali il cibo può passare oltre la stenosi.

L'A. propone una semplice spirale chiusa di argento Germanico (German-silver) espansa al suo estremo superiore. Essa è estremamente flessibile, assolutamente incompressibile, molto leggera. Il cibo non vi aderisce, perciò non si insudicia. Se si indora il metallo non annerisce neppure. Possono mantenersi in posto indefinitamente e non ulcerano affatto la mucosa esofogea, agirebbero infatti più che altro canalizzando la massa di neoformazione. Si possono costruire in varie misure, si introducono facilmente coll'esofagoscopio, lungo una sonda che le guida a posto ove si possono facilmente controllare colla radioscopia. Si possono spingere fino attraverso le stenosi cardiali, e allora una piccola curva data al loro estremo ne impedisce l'espulsione.

L'A. cita infine un caso proprio in cui il tubo fu mantenuto in posto per 10 mesi consecutivi senza alcun disturbo anzi con enorme vantaggio per il P. che si nutriva benissimo.

TONELLI L.

Tossiinfezione alimentare da tonno sott'olio.

Le tossiinfezioni da pesci freschi e conservati si possono riportare come quelle delle carni a varî tipi, intossicazione botulinica, tossiinfezione da paratifi, da protei, da colibacilli. Rimangono inoltre degli avvelenamenti da pesci ad eziologia non ancor ben chiarita. Per quanto riguarda le tossiinfezioni da bacilli del gruppo paratifico B, è noto che esse sono assai frequenti a proposito delle carni da macello, mentre invece è limitato il numero di quelle da pesci guasti. L. Puntoni descrive un caso di tossiinfezione da bacillo di Gärtner causata dall'ingestione di tonno sott'olio (*Annali di Igiene*, anno XXXIII, n. 6). I disturbi si verificarono nei membri di una famiglia, che avevano consumato della ministra asciutta condita con tonno acquistato ad una pizzicheria, e consistettero in coliche addominali, vomito di materie verdastre, diarea fetida, cefalea e febbre. Tre degli individui affetti guarirono in pochi giorni; uno di essi, un bambino di tre anni, dopo un periodo di relativo benessere succeduto ai primi disturbi, fu colpito da febbre altissima e morì rapidamente in uno stato comatoso.

Le ricerche batteriologiche eseguite sui visceri ebbero per risultato l'isolamento di un bacillo del gruppo dei paratifi, che il successivo studio dimostrò essere il Gärtner. La riprova che esso era stato la causa dei disturbi di tutta la famiglia venne raggiunta mediante l'agglutinazione da parte del siero degli altri che avevano avuti i disturbi, agglutinazione che, 16 giorni dopo l'intossicazione era positiva a 1/100-1/200.

Negative furono le ricerche sui resti della latta di tonno incriminata che, all'atto dell'esame apparvero alterati per ammuffimento. Il bacillo, dai visceri del bambino morto, si isolò dalla milza, dai gangli mesenterici, dal sangue e dagli essudati. Dalle culture fatte con le feci del tenue e del crasso apparve solo il colibacillo.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Ricerche batteriologiche sull'ozena.

P. Brisotto (*Riforma medica*, 8 ottobre 1923), fa notare che della flora ozenatosa i germi più resistenti al disseccamento sono il diplococco capsulato e lo streptococco. In detta flora non manca mai il pseudodifterico, che talora sembra in cultura pura. La presenza del b. mucosus non è necessaria per la diagnosi; esso deriverebbe come altri mucosi da un tipo unico, il b. di Friedländer, ospite abituale delle fosse nasali.

Dal secreto di alcuni pazienti con interessamento dei seni l'A. ha isolato un anaerobio che dai caratteri morfologici e biologici si rivelò come un difterico virulento.

L'A. non ha avuto buoni risultati dalla terapia vaccinica, serica, nè dalla proteinoterapia.

DORIA.

Dei germi anaerobi in otologia.

P. Brisotto (*Riforma medica*, 13 agosto 1923) avendo notato come nei comuni mezzi di cultura non si sviluppano alcuni germi già osservati nei preparati colorati, dopo laboriose ricerche isolò da affezioni otitiche e loro complicanze degli anaerobi stretti, che egli considera tra i principali fattori di cronicità, specie nelle forme fetide. Gli anaerobi isolati in queste forme si dimostrarono costantemente patogeni per gli animali, il che non sempre si verificava nelle otiti non fetide e loro complicanze.

DORIA.

IGIENE.

Portatori di bacilli tifosi nei manicomi.

Alcune epidemie di ileotifo si sono spesso manifestate nei manicomi, anche quando l'acqua e gli alimenti erano ineccepibili dal punto di vista igienico. Le ricerche di diversi AA. hanno messo in evidenza come tra i ricoverati nei manicomi siano frequenti i portatori di bacilli tifosi.

Nel manicomio di Quarto dei Mille F. Pulgher e B. Maccabruni (*Igiene moderna*, maggio 1923) hanno trovato una percentuale di portatori del 0,3 % fra gli uomini, del 0,8 % fra le donne e del 3 % nelle donne del reparto sudici.

La presenza di questi portatori spiega i casi di tifo che si erano verificati nel personale di assistenza.

Ritengono quindi opportuno che nei manicomi, oltre le solite misure igieniche generali, si proceda all'accertamento ed all'isolamento dei portatori, pur riconoscendo le pratiche difficoltà di tale ricerca. Consigliano anche la vaccinazione antitifica, ripetuta annualmente, del personale di assistenza. *g. s.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. A. D. L., abb. n. 7695-1. — *Periodici di Stomatologia*:

Italiani: *La Stomatologia*, organo ufficiale della Federazione Stomatologica Italiana. Direzione e amministrazione: Roma (5), piazza San Bernardo 108-A. L. 60 annue. — *La Coltura Stomatologica*. Napoli, via Cuma a S. Lucia, 6. L. 40 annue.

Francesi: *La Revue de Stomatologie*, Paris, Masson et C.e, édit. 120, Boulevard Saint-Germain. Frs. 40. — *Revue Belge de Stomatologie*. Dirett. Dr. H. Allaeys, 55, Longue Rue Neuve, Anvers (Belgio). — *Annales Belges de Stomatologie*, 170, rue Belliard, Bruxelles (Belgio).

Inglese: *The Review of Clinical Stomatology*, 640, Madison Ave., New-York City, S. U. America. A. P.

VARIA

La materia.

Le concezioni fondamentali sull' universo vanno subendo grazie alle scoperte degli ultimi tempi una radicale revisione. Una più profonda trasformazione, scrive Desfosses (*Presse Médicale*, 1923, n. 92), si va verificando nella nozione della materia, nozione che si era tramandata presso che immutata dall'epoca ellenica fino ai principii del secolo XX.

Anassagora verso la fine del quinto secolo a. C. ammise che il mondo è sorto da una specie di caos i cui elementi primitivi, eterni, infiniti e di estrema piccolezza, sono corpuscoli materiali che egli chiamò σπερματα (semi o germi). Queste particelle quantunque piccolissime hanno sempre una certa grandezza. La quantità di questi elementi esistenti nell'universo è costante, non può aumentare nè diminuire. Unendosi o separandosi possono produrre o dissolvere i corpi. I corpi possono scomparire ma gli elementi che li compongono persistono eternamente: nulla si crea e nulla si distrugge.

Le idee di Anassagora furono precisate da Leucippo e Democrito che furono i veri fondatori della teoria atomistica, che fu ben definita da Lucrezio nei versi:

namque eadem coelum, mare, terras, flumina, solem
constituunt, eadem fruges, arbusta animantes
verum aliis alioque modo commixta moventur.

Nel secolo XIX la materia fu considerata costituita da atomi, che si uniscono per formare le molecole. Le molecole di un corpo composto sono costituite da almeno due atomi, e quelle di un corpo semplice anche da un atomo solo (elio, mercurio). Gli atomi corrispondono agli σπερματα degli antichi.

Questi atomi agli scienziati del secolo XIX apparivano mossi da *forze*, manifestazione di ciò che si chiamava *energia*. Allora il mondo sembrava costituito di due mondi distinti, il mondo della materia ed il mondo dell'energia. Il rame, il ferro, il carbonio eran forme della materia; il lavoro meccanico, il calore eran forme di energia. Questi due mondi eran considerati governati da una legge identica: non si crea nè si distrugge la materia, come non si crea nè si distrugge l'energia.

La materia è la trama fondamentale delle cose, l'energia ne è l'anima. Materia ed energia possono rivestire forme diversissime, ma mai la materia può trasformarsi in energia e viceversa. L'una non si può immaginare senza l'altra, ma l'una è ben distinta dall'altra.

Tale era la concezione della materia quando la scoperta dell'uranio e dei corpi radio-attivi venne a sconvolgerla.

Becquerel nel 1896 dimostrò che certi corpi hanno la proprietà di emettere raggi di diversa natura spontaneamente, ossia senza fornir loro alcuna energia. Questi raggi hanno una velocità variabilissima, da qualche metro al secondo fino a quella della luce. Tra questi raggi i così detti raggi β appaiono carichi di elettricità negativa e sono simili ai corpuscoli elettrizzati, che nel tubo di Crookes contenente gas molto rarefatti emanano dal catode. Questi corpuscoli catodici, questi raggi β sono

emessi anche dai metalli incandescenti, e liberati dall'azione della luce ultra-violetta e dai raggi X sui metalli.

Si è calcolato che questi corpuscoli elettrizzati negativamente, detti elettroni negativi, sono di molto più piccoli degli atomi dei corpi, che possiedono una massa duemila volte più debole della massa del più leggero degli atomi materiali. Ulteriori studi su gli spettri d'emissione e di assorbimento dei gas incandescenti hanno condotto ad ammettere che gli elettroni negativi sono il costituente universale della materia.

Questo corpuscolo che emana dalla materia sembra non essere altro che elettricità, la sua massa intieramente d'origine elettro-magnetica, il suo volume estremamente piccolo. Supponendo sferico l'elettrone negativo il suo raggio sarebbe pari a $\frac{1 \text{ cm.}}{10^{13}}$ ossia $\frac{1}{10\,000.000.000.000}$ di centimetro.

In seguito è stato dimostrato che accanto ai raggi negativi ne esistono positivi formati di corpuscoli caricati positivamente ed anche essi di natura elettrica e la cui massa sarebbe duemila volte più grande dell'elettrone negativo.

L'atomo di idrogeno che ha la massa più piccola risulterebbe dall'unione di un solo elettrone positivo o nucleo con un solo elettrone negativo. L'atomo di uranio, elemento più pesante, comprenderebbe 238 elettroni positivi e 92 negativi.

Poichè tutte le sostanze materiali sono formate di elettroni l'atomo non può essere più considerato come immutevole; così la trasformazione dei metalli ha cessato di essere una utopia.

L'elettrone in rapporto all'atomo ha dimensioni piccolissime: il volume di un atomo può contenere miliardi e miliardi di elettroni. Tuttavia ne contiene al più qualche centinaio; si deve quindi ammettere che gli elettroni sono separati da distanze formidabili in rapporto alla loro massa.

Secondo Rutherford l'atomo nella sua struttura e nei suoi movimenti costituisce un insieme analogo al sistema solare.

È formato da un nucleo centrale composto di elettroni positivi, intorno al quale gravitano in numero più o meno grande elettroni negativi come i pianeti girano intorno al Sole.

La materia costituisce una riserva formidabile di energia che l'uomo attualmente è incapace di utilizzare. Questa energia W per una massa m determinata può essere rappresentata dalla formula

$$W = m\,C^2$$

nella quale C rappresenta la velocità della luce. In altri termini l'energia intraatomica è uguale alla massa moltiplicata per il quadrato della velocità della luce: dissociare un grammo di materia qualsiasi vuol dire liberare un'energia capace di sollevare 9 miliardi di tonnellate ad un kilometro di altezza.

Gli elettroni negativi o positivi che la scienza moderna considera come gli unici costituenti della materia sono definiti le cariche elementari d'elettricità.

Tutta la materia adunque sarebbe di natura elettrica. Il nostro corpo, tutto ciò che ci circonda è costituito da elettroni. E come tutto si forma dalla riunione di elettroni, tutto si dissolve in elettroni. Tutto adunque ubbidisce alla legge della vita, tutto cresce, decresce, muore. L'atomo, la materia pesante svanisce, e di esso non resta che una carica elettrica.

argo.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

CASTAGNA PIETRINO. *La terapia della pertosse.* — Livorno, Stab. grafico Fagiolini & C., 1924.

ID. *Il trattamento delle infezioni puerperali con la Etero-proteino-terapia.* — Palermo, Ind. Tipogr. «La Commerciale», 1924.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Gli esami di Stato per i laureati in medicina e chirurgia.

Per il combinato disposto dell'art. 5 del R. D. 30 settembre 1923, n. 2102, ed art. 1 del R. D. 31 dicembre 1923, n. 2909, l'abilitazione all'esercizio della medicina e chirurgia è conferita, come è noto, in seguito ad esami di Stato, cui sono ammessi i neo-laureati.

Essendosi dovuta fissare per l'anno scolastico in corso la sessione degli esami di Stato in novembre, la immediata applicazione delle disposizioni predette danneggerebbe gli interessi dei laureati in luglio, che dovrebbero attendere la sessione di esami di Stato per conseguire la piena abilitazione all'esercizio professionale.

Pertanto ai soli fini dell'esercizio professionale è consentita la iscrizione negli albi dei laureati in medicina e chirurgia della imminente sessione di luglio, con intesa che tale iscrizione avrà carattere assolutamente provvisorio fino alla chiusura della sessione degli esami di Stato in novembre la cui data il Ministero si riserva di precisare.

Avvenuta la chiusura della detta sessione gli inscritti provvisori, che non avessero eventualmente superato gli esami di Stato, dovranno essere cancellati, entrando in completo vigore le norme nuove dell'ordinamento dell'istruzione superiore.

I medici idrologi e climatologi.

Per iniziativa del prof. comm. G. Ruata, si è costituito un Sindacato medico fra i sanitari delle Stazioni termali e climatiche.

Al Sindacato hanno dato i loro nomi, come promotori, oltre il Ruata, i proff. Ascoli, Gabbi, Gasperini, Morelli, Vasari, Pinali, Sabatini, e vi hanno già aderito più di cento fra i più noti cultori italiani della idroclimatoterapia.

Tra gli ufficiali sanitari liberi esercenti.

Il 31 maggio s'è riunita l'assemblea degli U. S. della provincia di Girgenti, e, assolvendo un voto precedentemente preso, si è costituita in Sindacato autonomo provinciale Fascista ed ha proceduto alla nomina del Direttorio ch'è riuscito così composto: Segretario: dott. Martinez (U. S. di Girgenti); Membri: dottori Adamo (Canicattì), Valenti (Favara), Taglietti (Ribera), Cestelli (Licata).

Il Sindacato si propone di conseguire il miglioramento dei servizi di pubblica igiene con l'elevamento morale o materiale di tutta la classe sanitaria.

L'emigrazione di medici negli Stati Uniti.

Il *Journ. Amer. Med. Assoc.* del 26 apr. pubblica un articolo redattoriale di cui riportiamo larga parte:

« Gli Stati Uniti sono sempre stati generosi nell'accogliere i medici *desiderabili* di altri Paesi. Le norme che regolavano il loro esercizio non sono mai state severe, in confronto di quelle che limitavano l'esercizio dei medici americani nei paesi stranieri, dove, a volte, esse erano così restrittive, da divenire quasi proibitive. Venticinque-trenta anni or sono vi potevano essere dei motivi di liberalità, dato che l'insegnamento medico negli Stati Uniti non aveva raggiunto l'attuale grado di perfezione. Allora l'eccellente coltura medica impartita in certi centri europei induceva a dare il benvenuto ai pochi medici stranieri che venivano in America. Ma mentre allora questi medici erano relativamente scarsi, il loro numero è cresciuto rapidamente dopo la guerra mondiale: così nel 1919, 67 inoltrarono domanda di esercitare, divennero 371 nel 1923 e i dati riferentisi ai primi mesi del 1924 provano che il numero cresce nelle proporzioni di una valanga. Molti dei nuovi arrivati non sono in grado di parlare l'inglese; molti sono privi di relazioni ed in molti casi anche di mezzi manifesti di sostegno.

Sono molti i *non desiderabili* sia dal lato colturale che da quello morale. Il nostro Paese è già sovraffollato di medici, specialmente nelle grandi città dove, per solito, i medici stranieri eleggono domicilio; e questa pletora viene aggravata dalla affluenza.

Per giunta le norme che disciplinano l'esercizio dei medici stranieri sembrano essere state applicate con maggiore larghezza che ai diplomati delle nostre stesse scuole. Sarebbe venuto il tempo di rivolgere un po' più d'attenzione al problema. Gli esami vanno fatti in inglese; le regole per l'equipollenza e le credenziali vanno applicate agli stranieri non meno che ai diplomti di scuole americane; e, ciò che più importa, l'identità del richiedente dev'essere stabilita e attestata con lo stesso rigore che si usa per gli americani. Alcuni Stati — Nuova York, Luigiana, Florida, Illinois e Indiana — richiedono ora ai postulanti stranieri di essere cittadini degli Stati Uniti; altri Stati stanno per addivenire a questa misura. Certo, dev'essere richiesta la cittadinanza, od almeno una dichiarazione di volerla assumere. Non v'è ragione perchè la regolazione dell'esercizio dei medici stranieri in America debba essere meno rigorosa che per i medici americani all'Estero. Il pubblico va difeso contro il medico incompetente o non desiderabile dell'Estero, non meno che contro il medico impostore di casa propria ».

***

Aggiungiamo che un' Agenzia la quale di solito riceve informazioni dal Commissariato dell'emigrazione, comunica che « la Camera di commercio italiana di New York segnala l'arrivo in numero sempre crescente di professionisti italiani che si recano negli Stati Uniti in cerca di impieghi negli uffici. Ora accade che essi, ignari della lingua e dei costumi locali, rimangono disoccupati e privi di mezzi di sussistenza. La pletora d'impiegati americani diplomati nelle scuole del paese, pratici nell'uso dell'ambiente e tuttavia disoccupati, rende pressochè impossibile il collocamento negli Stati Uniti di professionisti italiani ».

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

(Continuazione; vedi fasc. 26).

	Lire
Dott. Del Lungo Guido, Firenze	10
Dott. Rampini Alfredo, id.	10
Dott. Picozzo Tito, Fucecchio	30
Dott. Cigheri Matteo, Pontassieve	30
Dott. Lorenzoni Egisto, Serravalle	25
Dott. Zampetti Eugenio, Carpaneto	25
Prof. Marri Ezio, Firenze	20
Dott. Poli Demetrio, Pietramala	50
Dott. Capra Leonida, Firenze	20
Dott. Paracca Ernesto, id.	100
Dott. Buffa Ermanno, Bordighera	20
Dott. Antonini Vitale, Firenze	100
Prof. Mazza deà Piccioli Riccardo, Piacenza	50
Dott. Colli Renzo, id.	50
Dott. Maini Pietro, Borgonovo Val Tidone	25
Dott. Boselli Silvio, id.	25
Dott. Motti Sandro, id.	25
Dott. Dallavalle Attilio, id.	25
Dott. Massart Giovanni, Firenze	20
Dott. Sabatini Alfonso, id.	25

Corpo d'armata di Napoli.

Prof. Marcelli Giuseppe, Napoli	100
Prof. Lombardi Antonio, id.	20
Dott. Fragola Vincenzo, Girifalco	30
Dott. Principato Roberto, Rogiano Gravina	20
Dott. Barile Eugenio, Cancellara	20
Dott. De Longis Ermete, Lenola	10
Dott. Gardii Ber., Luzzi	10
Prof. Biondi Giuseppe, Napoli	50
Prof. Castronuovo Giovanni, id.	50
Dott. Orlando Gir., Pescopagano	50
Dott. Andino Aurelio, Napoli	10
Dott. Roccatagliata Mario, id.	50
Prof. on. Bianchi Vincenzo, id.	100
Dott. Saccardi Catello, Castellam. di Stabia	10
Dott. Mazzoli Giov. Batta, Laviano	10
Dott. Rusciani Luigi, Terranova Pollino	15
Dott. Filippino Michele, Napoli	50
Prof. Franzi Francesco, id.	100
Prof. Stanziale Rodolfo, id.	100
Prof. Massei Vito Raffaele, id.	30
Ten. Col. M. Grippo Antonio, Pietragalla	50
Cap. M. Cusani Mariano, Napoli	100
Dott. Petrocelli Giuseppe, Spinoso	5
Dott. Basile Ettore, Giugliano	50
Dott. Falconi Gregorio, Ispani	50
Dott. Mazzitelli Antonino, Imbardi	10
Prof. Costa Tommaso, Napoli	25
Dott. Cavalieri Antonio, Nicastro	20
Dott. Mantella Giuseppe, Cessaniti	10
Dott. Notarangelo Giulio, Isola Liri	15
Dott. Manfredi Giovanni, Tolle	70
Dott. Rossi Rodolfo, S. Angelo dei Lombardi	10
Dott. Salemme Andrea, id.	5
Dott. Pomarico Ernesto, Potenza	10
Dott. Miele Giovanni, Pescopagano	20
T. Col. M. Caliendo Enrico, Cava dei Tirreni	50
Col. M. Cedrola Giuseppe, Torre Orsaia	20
Dott. Pizone Michele, Salerno	50
T. Col. M. D'Amato Carmelo, Mercato S. Severino	25
Dott. Cubicciotti Tobia, Campagna	20
Dott. De Fuccia Edoardo, Casoria	10
Dott. Cozzi Nicola, Napoli	10
Dott. Iraso Almerico, id.	10
Dott. Licheri Sebastiano, Bacoli	20
Prof. Martelli Carlo, Napoli	50
Dott. Sarra Raffaele, Matera	5
Dott. Giambatta Nunzio, id.	10
Dott. Lella Domenico, id.	50
Dott. Riccardi Giuseppe, id.	5
Dott. Liguori Vincenzo, Castrovillari	20
Dott. Perrone Benedetto, id.	10
Dott. Battaglia Oreste, id.	10
Dott. Pellegrini Reginaldo, id.	10
Dott. Ameruso Massimino, id.	10

(Continua).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BERGAMO. *Istituto Rachitici.* — Medico-chirurgo primario; L. 6600 al lordo di R. M.; 50 % atti operativi paganti agiati; biennio di prova; fino a 5 conferme quinquennali, non oltre 60 anni di età. Docum. al Consiglio amministrativo (via Mazzini 3) non oltre ore 15 del 22 lug. Servizio entro un mese.

CAMINO DI CODROIPO (*Udine*). — A tutto il 15 luglio; L. 7500 e tre quinq. dec. Indenn. cavallo (obbligatorio) L. 3000. Indennità temporanea caroforaggio e caro-viveri di legge. L. 500 uff. san. Civile abitazione verso annuo fitto di L. 500. Tassa di ammissione L. 50,15.

DOMASO (*Como*). — A tutto 15 lug. Ab. 2800. L. 6000 per 500 pov., L. 500 dopo un biennio, quinquenni, L. 1500 cav. senza obbligo mezzi trasp., L. 500 uff. san.

ORVINIO (*Roma*). — L. 6000 e 4 quinquenni; 1 c.-v.; L. 300 uff. san.; L. 300 arm. farm.; L. 500 carcere mandam. Scad. 20 lug.

POLIZZI GENEROSA (*Palermo*). — L. 5000 fino a 500 pov., addizion. L. 3 fino a 1000, L. 5 oltre; 5 quinq. Scad. 12 lug.

PORTO SAN GIORGIO (*Ascoli Piceno*). — Proroga al 15 luglio. Si avverte che la diffida è stata revocata.

S. ORESTE DEL MONTE SORATTE (*Roma*). — Scad. 17 luglio. L. 9000 fino 2000 ab. pover., L. 300 uff. san. e L. 1200 armadio farm. finchè esista. Aum. decimi fino 5 quadrienni.

VENEZIA. *Comune.* — A tutto 15 luglio, quattro medici igienisti, scolastico e batteriologo. Vedi fascicolo 26.

La Congregazione di Carità di Lecce, dovendo rimettere in funzione il Gabinetto batteriologico dell'Ospedale, accetta domande per assumerne la direzione alle condizioni di cui nel Capitolato esistente nella Segreteria.

Diffide.

Nuova diffida: Nusco (Avellino).

CONCORSI A PREMIO.

BOLOGNA. *R. Accademia delle Scienze.* — Fondazione S. Pozzi. Vedi fasc. 7. Scad. 31 dic. 1924.

BOLOGNA. *Istituto Ortopedico Rizzoli.* — Premio Umberto I. Vedi fasc. 11. Scad. 31 dicembre 1924.

MILANO. *R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere.* — Due premi della Fondazione Fossati. Scadenza ore 15 del 1° apr. 1925 e ore 15 del 31 dic. 1926. — Premio della Fondazione Ernesto De Angeli. Scad. ore 15 del 31 dic. 1926. Vedi fasc. 17.

MILANO. *Municipio.* — Due premi della Fondazione dott. A. Beretta. Vedi fasc. 15. Scad. ore 12 del 28 feb. 1926.

ROMA. *Reale Accademia dei Lincei.* — Due premi offerti dall'Istituto d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale; vedi fasc. 24. Scad. 30 settembre 1926.

ROMA. — *Ministero della Guerra.* — Premio Riberi. Vedi fasc. 8. Scad. 31 dic. 1924.

ROMA. *Società Italiana di Medicina Interna.* — Due premi ditta Hoffmann-La Roche. Vedi fasc. 15. Scad. ore 16 del 31 dic. 1924 e del 31 dic. 1925.

ROMA. *R. Università.* — Due premi di fondazione Girolami. Scad. 31 dic. 1924

TORINO. *R. Accad. di Medicina.* — Premio Riberi. Vedi fasc. 33 del 1923. Scad. 31 dic. 1927.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

La Facoltà Medica di Perugia aveva bandito un concorso per titoli ad esami allo scopo di coprire il posto di Clinica oculistica, come incarico.

La Commissione, composta dei proff. Ovio, Albertotti, Gallenga, ha proposto ad unanimità i dottori Maggiore e Lo Cascio, docenti ed aiuti nella R. Clinica oculistica di Roma, rilevando l'importanza delle pubblicazioni e l'esito brillante delle prove prátiche: esame oftalmoscopico, esame della rifrazione, esame clinico, esame di preparati istologici, lezione clinica ed operazioni su animali.

Il dott. Renato Merlani di Viterbo è stato decorato di medaglia di bronzo al merito della Sanità Pubblica.

NOTIZIE DIVERSE.

Alla C. R. I.

Alla sede centrale della Croce Rossa Italiana si sono inaugurate due lapidi marmoree, che ricordano il personale dell'Associazione caduto nella guerra mondiale nonchè nella guerra italo-turca, nella campagna balcanica, nella spedizione libica ed in molte epidemie: complessivamente 136 tra ufficiali, infermieri e militi.

L'altissima cerimonia fu improntata ad austera solennità. La presenziarono il re, il ministro della guerra gen. Di Giorgio, il presidente generale della C. R. sen. Ciraolo, i vice-presidenti sen. Marchiafava e gen. Basso, il direttore generale della sanità pubblica dott. Lutrario, il prefetto Zoccoletti, i generali Ravazza, comandante il corpo d'armata, Barco, comandante della divisione, Della Valle, direttore della Sanità militare, Brezzi, Ravezza, Ponzio, Cittadini, Jori, ecc., rappresentanze, numerosi ufficiali e parenti dei caduti.

Il sen. Ciraolo pronunziò un discorso nel quale ha ricordato le molteplici attività dell'Associazione in guerra ed in pace. Quindi il gen. Di Giorgio ha portato il saluto del Governo e dell'Esercito.

***

Alla presenza del principe Umberto di Savoia e di numerosi ed eletti intervenuti sono state anche inaugurate, alla sede centrale della Croce Rossa Italiana, tre lapidi marmoree, che ricordano l'opera prestata dalla regina Elena, dalla regina Margherita e dalla duchessa d'Aosta nell'assistenza ai feriti, ai mutilati ed agli invalidi di guerra.

Il sen. Ciraolo pronunziò il discorso inaugurale.

Per il monumento al medico caduto in guerra.

In Faenza giorni or sono nella secolare officina Matteucci si sono riuniti moltissimi medici della Romagna per ammirare il cancello che, sostituendo il muro di cinta lungo 45 metri della Scuola di Sanità militare di Firenze, permetterà la visione al pubblico del monumento al Medico caduto in guerra. Prima di mettere a posto la grandiosa opera d'arte in ferro battuto, i faentini hanno voluto festeggiare i nobili artieri, che per un anno, ininterrottamente, hanno lavorato intorno all'opera, ideata dal pittore prof. Malmerendi. Il presidente del Comitato esecutivo gen. med. F. Della Valle inviò un nobile telegramma e si è fatto rappresentare dal col. med. L. Mauri, direttore di Sanità del Corpo d'armata di Firenze.

Oratore ufficiale della intima cerimonia fu il medico poeta romagnolo Aldo Spallicci, le cui parole pervase da alto lirismo, furono ascoltate con viva commozione. Parlò pure, applauditissimo, il prof. Dazzini.

La Sezione Medica nella Esposizione Missionaria Vaticana.

Il Pontefice ha voluto che nella Esposizione Missionaria Vaticana sia predisposta una Sezione medica. Questa ha lo scopo di mostrare quale importanza ha la difesa dei missionari dal punto di vista medico, e quanto preziosa possa essere la medicina come ausilio nell'apostolato.

Questa Sezione avrà dunque uno scopo dimostrativo: 1) delle malattie dei paesi delle Missioni; 2) delle loro cause e meccanismo patogenetico; 3) dei mezzi di difesa; 4) dei mezzi di cura.

Allo scopo di ordinare e di preparare il materiale è stata costituita una sottocommissione così composta: presidente prof. P. Gemelli Agostino, rettore dell'Università del S. Cuore di Milano; membri: proff. Havet dell'Università di Lovanio, Franchini dell'Università di Bologna, Durk dell'Università di Monaco di Baviera, rev. dott. Totsuka dell'Università di Tokio. Saranno aggiunti un rappresentante dell'Istituto Pasteur di Parigi, un professore inglese e uno americano, non ancora designati definitivamente. Segretari sono: il dott. Nello Palmieri, presidente della F. U. C. I., e il dott. Petacci.

Congresso del freddo.

Al IV Congresso internazionale del freddo, adunatosi negli scorsi giorni a Londra, hanno partecipato circa trenta nazioni. La delegrazione italiana era composta di rappresentanti dei ministeri tecnici, delle ferrovie, del mondo scientifico ed industriale competente, e presieduta dal prof. Menozzi di Milano, vice-presidente dell'Istituto internazionale del freddo, promotore del Congresso. Su proposta del dott. Ferretti, segretario della Federazione italiana degli industriali del freddo, il prossimo Congresso dell'Istituto si adunerà a Roma.

Astanteria manicomiale per la provincia di Milano.

Per accordi presi colla Deputazione provinciale di Milano, il Consiglio ospitaliero ha deliberato di concedere alla Provincia i locali detti dell'ex-cano-

nica di S. Nazaro per l'istituzione dell'Astanteria Manicomiale, che ora funziona nei locali della Società di patrocinio dei pazzi poveri. L'Ospedale Maggiore gestirà l'Astanteria con un numero minimo di 40 letti, dei quali verrà rimborsata la diaria, siano o non siano coperti, oltre al rimborso della diaria di quelli che venissero coperti in più, escluse però la cura, l'assistenza ed ogni responsabilità sia di custodia, sia di accertamento della malattia mentale, le quali restano ad esclusivo carico della Provincia.

Le spese di adattamento e di riforma dei locali furono assunte dalla Provincia, la quale ha dato inoltre un contributo per una volta tanto.

Commemorazione del prof. Concetti.

Con un discorso del prof. Tullio Luzzatti, è stato commemorato a Viterbo, nella Sala Regia del Palazzo comunale, il compianto prof. Luigi Concetti, che tanta parte ha avuto nel promuovere gli studii pediatrici in Italia.

La cerimonia assunse un carattere di commovente solennità, sopratutto per l'omaggio spontaneo di affetto e di riconoscenza che gli allievi hanno voluto tributare al loro Maestro. Numerosissime pervennero le adesioni da ogni parte d'Italia.

In memoria di Santorio Santorio.

Prima di chiudere i lavori del Congresso nazionale d'idroterapia, i medici italiani convenuti ad Abbazia hanno voluto assistere alla cerimonia dello scoprimento del busto di Santorio Santorio, l'illustre scienziato e clinico capodistriano, che ai tempi di Galileo insegnava medicina nell'Università di Padova, rimasto celebre per i suoi studi sperimentali sulla traspirazione e per avere costruito i primi termometri, derivati dal termoscopio di Galilei, ed averli impiegati in clinica.

La cerimonia si è svolta a Capodistria, presenti le autorità e moltissime rappresentanze. Pronunziò uno smagliante, elevatissimo discorso il prof. Castiglioni; parlarono poi il prof. Giordano, il prof. Bilancioni, il prof. Marfori, il dott. Porenta, il prefetto dell'Istria comm. Giannoni.

Al busto, murato in una nicchia del municipio, è apposta una lapide che reca la seguente scritta dettata dal prof. Castiglioni: Nella rinnovata primavera della Patria — i medici italiani — qui onorano — il nome, l'effigie e la gloria — di Santorio Santorio — capodistriano — della medicina sperimentale — primo insigne maestro.

In onore del prof. Romiti.

Compiendo l'illustre anatomico prof. Guglielmo Romiti il suo cinquantesimo anno d'insegnamento, un Comitato di ammiratori, capitanato da Alceste Cristofanini, ha deliberato di istituire al nome dello scienziato un posto di studio, da conferirsi a un orfano di guerra.

Chi intende aderire si diriga allo stesso prof. Cristofanini, a Livorno.

In onore del prof. S. Ottolenghi.

Nel nuovo Istituto di medicina legale dell'Università di Roma, gli assistenti ed allievi dell'Istituto e della Scuola di polizia scientifica hanno offerto al loro maestro, prof. Salvatore Ottolenghi, una magnifica medaglia, a ricordo del coronamento dell'opera da lui compiuta quale fondatore e organizzatore dell'Istituto, che è vanto di Roma e dell'Italia.

Onoranze ad un medico condotto.

Il Consiglio comunale di Scido, presieduto dal sindaco comm. Zampogna, per festeggiare il 50° anno di laurea del dott. Alfonso Germanò, ha deliberato di offrirgli per pubblica sottoscrizione e con contributo del Comune, una pergamena che attestasse al valoroso medico la gratitudine della popolazione per il lungo e sapiente apostolato di pietà da lui compiuto. Il Consiglio dell'Ordine dei medici ha deliberato di associarsi alle promosse onoranze e di contribuire alla sottoscrizione; ha inoltre delegato il proprio presidente on. prof. dott. Tiberio Evoli ad intervenire alla cerimonia di omaggio.

Un monumento a Giovanni Ninni.

Il 1° giugno, nel recinto degli uomini illustri del cimitero di Napoli, fu inaugurato un busto in bronzo alla memoria del compianto prof. Giovanni Ninni, che lasciò la vita vittima del dovere. Autorità, colleghi, discepoli, amici, conterranei, parteciparono alla semplice e commovente cerimonia.

Parlarono affettuosamente i proff. Cesare Falcone Vetere e Tritto, l'avv. Maglietta, il rappresentante la Deputazione provinciale di Potenza, l'ing. Corleto, l'avv. Siniscalchi. In ultimo il prof. Antonio Reale, assessore, con nobilissime parole, in nome del Comune prese il monumento in consegna.

Il busto scolpito dal Chiaromonte è una pregevolissima opera d'arte.

Un chirurgo condannato.

Il Tribunale della Senna ha condannato a 10,000 franchi di danni un chirurgo che, nell'eseguire un'operazione ad una gamba, aveva dimenticato un tampone di garza nella ferita, provocando una infezione e rendendo necessario un nuovo intervento. Una perizia, affidata a tre professori, aveva escluso ogni colpa professionale e concluso per un incidente di medicatura.

Si è spenta a Londra, in età di 31 anni, la signorina HETTY ETHELBERTHA CLAREMONT, la prima dottoressa affermatasi in Inghilterra come valente chirurga. Aveva già compiuto una brillante carriera e andava realizzando le migliori promesse. È stata uccisa da una febbre tifoide complicatasi con una bronco-polmonite. Quando le sue condizioni divennero allarmanti, i colleghi lanciarono un appello radiotelefonico, col quale chiedevano se vi fosse qualche volenteroso, guarito di febbre tifoide durante gli ultimi sei mesi, disposto a dare un po' del suo sangue a scopo curativo; entro pochi minuti sei persone risposero, offrendosi; ma disgraziatamente giunsero troppo tardi, a morte già avvenuta. JAMA.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di aprile 1924.

MALATTIE	31 marzo 6 aprile		7 13		14-20		21-27	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo . . .	264	2746	232	1840	222	2623	237	2105
Scarlattina. .	119	285	86	192	70	179	78	151
Vajuolo e vajoloide . . .	7	18	7	7	8	10	1	1
Tifo addominale . . .	125	195	82	142	99	135	85	126
Difterite e croup . . .	217	355	136	231	152	276	138	240
Meningite cerebro-spinale	13	15	18	20	5	6	6	6
Dissenteria	2	2	—	—	3	5	2	2
Tifo petecchiale . . .	—	—	—	—	—	—	—	—

Tifo petecchiale, colera asiatico, peste bubbonica nessuna denunzia.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Art Médical, 30 apr. — L. Leuret e C. Lamothe. Prognosi, complicazioni e trattam. del piotorace tubercolare.

Deut. Med. Woch., 9 mag. — A. Böttner. Trasfusione di sangue citratato e anafilassi. — E. Kindborg. L'ipnotismo.

Mediz. Klinik, 11 mag. — E. König. Diagnosi differenziale dell'appendicite. — R. Wertheimer. Ormone pancreatico e determinazione dello zucchero.

Amer. Med., apr. — B. S. Talmey. La doppia morale sessuale. — L. D. Redway. Fatica oculare con sintomi psichici secondari.

Actinoterapia, feb. — A. Violato. Deviaz. del complemento sulla tbc. chirurgica in rapporto dei raggi X. — M. Spinelli. Terapia metachirurgica del cancro mammario.

Arch. de Med., Cir. y Espec., 17 mag. — H. Aboulker. Complicazioni silenziose delle otiti. — E. F. Sanz. Osservazioni polemiche sulla psicanal. — 24 mag. — J Haas. Per migliorare l'esplorazione della sensibilità visiva.

Paris Méd., 10 mag. — Achard. L'erpete. — Maguiel e Sarajea. Aritmia completa a forma parossistica.

Igiene Moderna, mar. — L. Piras. Anofelismo senza malaria nella prov. di Genova.

Med. Science, mag. — J. S. Huxley. La determinazione del sesso e problemi relativi.

Soc. d. Hôp., 11 apr. — P. Menetrier e M. Derville. Siringomielia trattata coi raggi X. — A. Gilbert e Tzank. Encef. letarg. trattata col virus encefalitico (metodo Levaditi-Poincloux); discussione. — Vialard e Darlegny. Emorragie tifiche cataclismiche curate con la trasfus. — E. May. Sindrome vaso-motoria.

Pathologica, 15 mar. — U. Parodi. Splenomegalia emolitica. — L. Gobbi. Eosinofilia sperimentale.

Cult. Med. Moderna, 15 mag. — F. Cinquemani. Cranioplastia con lembo massivo a ponte.

Journ. de Méd. de Paris, 10 mag. — L. Schil. Pneumoperitoneo in ginecol.

Rev. Tunis .Sc. Méd., apr. — Burnet, Brun e A. Bonan. Osteite suppurata da m. melitense.

Rinascenza Med., 15 mag. — D. Maestrini. Nuovo fenomeno acustico per la diagnosi precoce delle apiciti.

Pediatr., 15 mag. — M. Gerbasi. Meningiti da b. di Pfeiffer.

Boston Med. a. Surg. Journ., 15 mag. — L. D. Felton. Isolamento e concentrazione degli anticorpi specif. nel siero antipneumoc. — R. Clifford e M. Ritvo. Valore della roentgendiagnosi di tbc. polm.

Brit. Med. Journ., 24 mag. — E. Mellanby. Le malattie da deficienza e il rachitismo.

Journ. d. Praticiens, 17 mag. — Legueu. I calcoli della prostata.

Brit. Med. Journ., 31 mag. — R. Pearl. L'alcool e la durata della vita.

Journ. d. Praticiens, 24 mag. — Nobécourt. Le obesità endocrine dell'infanzia.

Prensa Méd. Argent., 20 apr. — A. H. Roffo e H. L. de Rollo. La reaz. di flocculaz. nei tumori maligni. — 30 apr. Ceballos. Artroplastiche da anchilosi della rotula.

Riv. Med. Subalpina, mar. — G. Calderini. Gravidanze doppie extra-uterina ed uterina.

Arch. Mal. du Coeur, ecc., mag. — W. Ivens. Le periarteriti nodose. — J. Heitz. Crisi ipertensive in antiche eclamptiche. — Baillard, Magniel e Saragea. Misure della press. arte. retinica e della tens. cefalo-rachid.

Pediatria, 1 giu. — R. Vaglio. Rapporti tra zoster e varicella. — I. Nasso e L. Auricchio. Ricerche sull'etiologia della scarlattina. — De Villa. L'intradermoreazione nella scarlattina.

Lancet, 31 mag. — B. Whétehouse. Sulla sepsi puerperale.

Brazil-Med., 3 mag. — J. A. G. Fróes. Eziologia della f. gialla.

Gaz. d. Hôp., 31 mag. — J. A. Chavant. La paralisi generale.

Cultura Stomatol., giu. — P. Boggio. La gangrena della polpa dentaria.

Wien. klin. Woch., 29 mag. — J. Pal. Adinamia e ipodinamia dei muscoli e problemi terapeut. relativi. — H. Heidler. Sintomatol. della rottura uterina.

Rev. Méd. d. Uruguay, mar. — P. Garzon. Anemia splenica pseudo-leucemica.

Pathologica, 15 mag. — V. Jura. Permeabilità del tessuto di granulaz. ai germi patog. — G. Sangiorgi. Emanaz. di radio e anafilassi.

Journ. d. Sc. Méd. de Lille, 1 giu. — G. DIDIER e M. LESCAUX. Corpo estraneo di 4 cmc. rimasto otto mesi nell'orbita.
Bost. Med. a. Surg. Journ., 22 mag. — C. GUY LANE. Eruzioni medicamentose.
Cult. Med. Moderna, 31 mag. — G. PARLAVECCHIO. L'evoluz. odierna della terapia generale.
Vers la Santé, mag. — H. ENGELSEN. La salute dei marinai. — I. E. BROWN. L'infermiera del Canadà. — V. H. MOTTRAM. La scomparsa del rachitismo.
Giorn. di Medic. Ferroviario, mag. — S. COCCURRI e T. DE LISO. Il lavoro in galleria.
Arch. Mal. Appareil Digestif et de la Nutr., apr. — P. LE NOIR e R. DESCHIENS. Studio statistico sulle infestazioni parassitarie del tubo digerente a Parigi. — D. SIMICI e C. DUMITRIU. L'eliminaz. provocata delle sostanze coloranti dallo stomaco. — D. DENÉCHAU e C. GIGON. Le pseudocisti spontanee del pancreas.
Folia Med., 30 mag. — R. PAPALE. Studio dei disturbi del linguaggio nella paralisi labio-glosso-laringea col mezzo dei palatogrammi.
Lancet, 7 giu. — S. F. DUDLEY. Alcuni fattori fondamentali nella diffusione delle malattie infettive. — B. HUDSON e L. HILL. Sull'elioterapia nella tbc. polm. — P. MANSON-BAHR. Anatomia patologica e patologia dello sprue.
Journ. de Méd. de Paris, 31 mag. — P. SOLLIER e D. MORAT. Dermatite erpetiforme di DUHRING da eroinomania. — BARATOUX. Nevriti retrobulbari e sinusiti posteriori.
Rassegna intern. di Clin. e Ter., mag. — N. BAGNOLI. La sifilide arsenoresistente.
Bollett. Ist. Sieroter. Milan., mag. — F. TALB. Potere anticomplem. «autotropo» del siero di sangue. — G. FERRI. Esperienze sul morso e l'avvelenamento viperino.
Folia Med., 15 mag. — COSSU DIDACO. Punto di coagulaz. al calore del siero di sangue e dei liquidi effusi.
Bull. Ac. de Md., 13 mag. — REGAUD. La radioimmunizzaz. dei tessuti cancerosi.
Minerva Med., 15 mag. — P. SISTO. Oscillaz. iniziale dell'elettrocardiogramma ventricolare. — G. MARCIALIS. Influenza del tempo sulla R. W.
Annali Ostetr. e Gin., 30 apr. — G. FOSSATI. Emorragie secondarie ed intervento laparotomico.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXXI Roma, 14 Luglio 1924 Fasc. 28

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI FARMACOLOGIA E TERAPIA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
Direttore: Prof. PIO MARFORI.

Azione emolitica del biioduro di mercurio e sua influenza su la sieroreazione Wassermann positiva

per il dott. OLINTO SCIARRA.

Perseverando nel mio lavoro di dimostrazione dell'indipendenza della R. W. positiva o negativa dall'intensità infettiva, ho voluto indagare se i rimedi in uso per la cura della lue sono, per la loro azione sui diversi reagenti nella R. W., causa di errore nei risultati della sieroreazione.

Ho escluso il bismuto e l'arsenobenzolo per la loro varia, incostante e tenue influenza sulla R. W. positiva.

Massimo interesse invece destano le esperienze con il mercurio, il quale agisce energicamente sulle R. W. positive del sifilitico e dei conigli normali, qualitativamente identiche fra loro per avere entrambe come fattore essenziale l'ambocettore per lipoidi, la S. W.

Non ha alcun fondamento di serietà l'opinione che nei conigli a R. W. positiva esista sifilide spontanea asintomatica, caratterizzata dalla sola R. W., perchè, se questa fosse esponente d'infezione attiva o latente, i conigli stessi sarebbero refrattari alle inoculazioni sperimentali, ciò che non è.

È l'errore di quanti ancora si ostinano a ritenere esponenti di infezione attiva le sieroreazioni positive asintomatiche, le quali, secondo la mia interpretazione (*), accettata da Wassermann, Widal, Bianchi L., Pasini, Pierret, ecc., possono essere indici di immunità attiva antilipoidea con sifilide latente o estinta.

Contro la teoria immunitaria delle sieroreazioni W., S. G., M., affermata sperimentalmente da Wassermann, non hanno valore le nuove teorie, tra le quali anche quella attribuente al calcio, un'azione essenziale nella R. W.

Senza entrare in merito alle polemiche tra l'autore di essa ed altri, mi limito a fare osservare che Wassermann nella sua « reazione di conferma » fa reagire l'anticorpo, la S. W., isolato dall'antigeno e nelle reazioni po-

(*) *a*) reazioni negative: non escludono la sifilide;
b) reazioni positive con sintomi luetici: sifilide attiva;
c) reazioni positive senza sintomi luetici: immunità attiva, antilipoidea ed antiluetica, acquisita o congenita con sifilide latente o estinta.

sitive vere la R. W. di conferma è positiva, *in assenza assoluta di calcio.*

Secondo le esperienze quindi di Wassermann, Epstein-Pribram ed Emanuel con il mercurio e l'arsenico e le mie col bismuto sui conigli a R. W. positiva, si dimostrò che la R. W. positiva diventa negativa per l'azione prevalentemente cellulare, sintomatica più che treponemicida dei rimedi.

Con le mie attuali esperienze si rivela che il biioduro di mercurio, a differenza degli altri preparati mercuriali, agisce anche direttamente sulla R. W. per la sua azione emolitica dei corpuscoli rossi di montone.

Ho usato il sublimato corrosivo, il biioduro di mercurio, il ioduro di sodio e il ioduro di potassio.

Il calomelano insolubile non si presta bene alle indagini in vitro.

Il sublimato ed i ioduri di sodio o di potassio aggiunti al siero umano sicuramente sifilitico non impediscono la fissazione del complemento e la reazione Wassermann è positiva.

Se si aggiunge invece del biioduro di mercurio la R. W. positivissima diventa rapidamente negativa con l'emolisi completa anche per piccolissime dosi di soluzione di biioduro all'1 % di acqua distillata con ioduro di sodio o di potassio sufficiente per la soluzione.

L'emolisi si verifica anche con tenui dosi della soluzione di biioduro di mercurio in una sospensione di globuli di montone al 5 % di soluzione fisiologica.

È escluso che i ioduri di sodio o di potassio, aggiunti per la soluzione del biioduro abbiano azione emolitica, poichè aggiunti in quantità anche notevole a sospensione di globuli non esercitano alcuna influenza emolitica.

L'emolisi quasi completa di un cc. di sospensione di globuli rossi di montone, dose usata per la R. W., si ottiene anche con una sola goccia di soluzione di biioduro al 0,50 % ed abbastanza rapidamente, anche senza breve permanenza in termostato.

L'importanza di tali cognizioni è indubbia per un nuovo orientamento della terapia antiluetica, tanto più che ancora oggi non pochi sifilografi ricorrono al biioduro, col quale più facilmente riescono a negativare una R. W. positiva, ritenuta da essi sintomo di infezione attiva sempre.

Perchè le ricerche avessero però valore pratico clinico, iniettai in conigli il biioduro, e determinai l'azione emolitica del siero stesso, prelevato dal sangue 40'-60' minuti ed anche un giorno dopo.

Sebbene non intensa come in vitro si ottenne l'emolisi sufficiente per influenzare una R. W. positiva, poichè 8-9 gocce di siero producono quasi emolisi completa di 1 cc. di sospensione di globuli.

Dosi uguali di siero di coniglio prelevato prima delle iniezioni di biioduro non hanno influenza emolitica alcuna.

Come al solito ho adoperato per la R. W. più antigeni sifilitici e di cuore di cavia per eliminare errori dipendenti dalla natura dell'antigeno, corrispondendo ad ognuno di essi anticorpi diversi nel siero sifilitico.

ESPERIENZE I.

Con sublimato corrosivo all'1 % e siero umano sicuramente sifilitico a R. W. + + + +

Antigeno	Gocce di sublimato in 1 ecc. di siero diluito	Esiti della R. W.
Cavia Berna . . . » Milanese . . Sifil. Berna. . . . » Milanese . . » Istituto . . Farmacologia . .	1-10	+ + + +

ESPERIENZE II.

Con ioduri di potassio e di sodio nel siero sifilitico.

Antigeno	Gocce di ioduri in 1 cc. di siero diluito	Esiti della R. W.
Cavia Berna . . . . Milanese . . Sifil. Berna . . . » Milanese . . » Istituto . . Farmacologia . .	1-10	+ + + +

ESPERIENZE III.

Con HgI^2 all'1 % ed al 0,50 %.

Antigeno	Gocce di HgI^2. in 1 cc. di siero diluito	Esiti della R. W.
Cavia Berna . . . » Milanese . . Sifil. Berna . . . » Milanese . . » Istituto . . Farmacologia . .	1 10	— — — —

ESPERIENZE IV.

Con HgI^2 nella sospensione di globuli di montone al 5 %.

Globuli rossi cc.	Gocce di HgI^2. all'1 % e 0,50 %-0,30 %	Esiti
1	1-2	Emolisi completa

ESPERIENZE V.

Siero di conigli prelevato prima delle iniezioni di HgI^2 ed aggiunto a sospensione di globuli rossi di montone al 5 %.

Globuli cc.	Gocce di siero	Esiti
1	1-9	Emolisi nulla

ESPERIENZE VI.

Siero prelevato dal coniglio 40'-60' minuti dopo l'iniezione sottocutanea di 1-2 cc. di soluzione di HgI^2 all'1 %.

Globuli cc.	Gocce di siero	Esiti
1	1	Emolisi lievissima
	3	» parziale
	5	» incompleta
	9	» completa quasi

ESPERIENZE VII.

Siero prelevato dal coniglio 24 ore dopo la iniezione di 5 cc. di soluzione HgI^2 all'1 %, in parecchi giorni.

Globuli cc.	Gocce di siero	Esiti
1	1 3 6 9	Emolisi di vario grado come nelle esperienze precedenti, ma meno intense

Tutte le esperienze furono ripetute più volte con controlli rigorosi duplici, e si ebbero presso a poco i medesimi risultati.

CONCLUSIONI.

a) Sublimato corrosivo, ioduro di sodio e ioduro di potassio non esercitano alcuna azione diretta sui fattori della R. W. positiva.

b) Il Biioduro di mercurio invece ha azione emolitica ed anche a tenuissime dosi è sufficiente ad emolizzare un cc. di sospensione di globuli rossi di montone al 5 %.

Aggiunto perciò in piccola dose al siero umano sicuramente sifilitico annulla il risultato della R. W. positiva con emolisi completa e costante.

c) Contrariamente a quanto si dovrebbe prevedere, il siero di sangue di animali iniettati con biioduro di mercurio possiede azione emolitica sufficiente a rendere incerti i risultati della R. W.

d) Il biioduro di mercurio possiede oltre l'azione sulle cellule e sull'infezione propria del mercurio-ione, anche quella emolitica diretta sulla R. W.

e) Se l'efficacia antiluetica di tutti gli antisifilitici — arsenicali, bismutati e mercuriali — dev'essere giudicata soltanto in relazione alla loro influenza immediata sui sintomi clinici e non sulla R. W. positiva (variabile nell'intensità indipendentemente dal grado di infezione e, nei casi asintomatici, sintomo immunitario attivo antilipoideo), a maggior ragione ciò è vero per il biioduro per la sua azione emolitica in vitro e nel siero di sangue di iniettati con esso.

BIBLIOGRAFIA.

A. WASSERMANN. *Nuove indagini sperimentali sulla sifilide.* Berlin Klinische Woch., n. 9, 2 febb. 1921.

EPSTEIN-PRIBRAM. Zeitschrift uf. erper. Patho logie u. Therapie, v. 7, fasc. 2.

SCHWARTZ-FLEMMING. Munchener Med. Woch., 1910, n. 41.

O. SCIARRA. *La reazione di Wassermann positiva indice di immunità per la sifilide.* Folia Medica, n. 18, 1920.

ID. *Il saggio positivo delle sieroreazioni Wassermann, Sachs-Georgi, ecc., come sintoma di immunità antiluetica.* Riforma Med., n. 39, 1922.

ID. *Nuova legge di interpretazione delle sieroreazioni Wassermann, Sachs-Georgi, ecc.,* Folia Medica, n. 18, 1922.

ID. *L'azione antiluetica del bismuto è indipendente dalla sua influenza sulle sieroreazioni positive (Wassermann, Sachs-Georgi, ecc.).* Policlinico (Sezione Pratica), anno 1923.

G. EMANUEL. *Azione del mercurio e del Salvarsan sulla reazione Wassermann del coniglio normale.* Berliner Klin. Wochens., 9-28 febb. 1922.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE S. GIOVANNI BATTISTA DI FOLIGNO
SEZIONE CHIRURGICA
diretta dal prof. dott. GIUSEPPE MIONI.

Sulla cura chirurgica della "Elefantiasi,,

per il dott. SAMORINI GIUSEPPE, aiuto.

La cura che finora ha dato migliori risultati nei casi di elefantiasi è certamente quella chirurgica.

La cura medica invece, consistente in fasciature compressive, riposo, posizione elevata dell'arto o degli arti ammalati, massaggi, applicazioni elettriche, applicazioni medicamentose, ecc., non ha finora dato che scarsi successi, e sopratutto di breve durata.

Sebbene tante ipotesi siano state fatte intorno alla etiologia e alla patogenesi dell'elefantiasi, il fattore da più tempo invocato e che anche oggi forse viene dai più accettato quale causa principale, è l'ostacolato circolo linfatico: perciò in questo senso vennero e vengono indirizzati i diversi metodi di cura dei vari chirurghi.

Tuttavia in seguito a numerose ricerche e in base ad osservazioni sperimentali, dai più non si ammette che la stasi linfatica possa essere la sola causa dell'elefantiasi, ma che invece siano necessari, per la comparsa degli imponenti caratteri della malattia, altri elementi, quali un contemporaneo disturbo del circolo venoso od un processo infiammatorio.

Nel caso da me osservato nulla di tutto ciò.

Se l'eziologia presta argomento di discussione, inconfutabile è invece il quadro anatomopatologico delle lesioni osservate nell'elefantiasi, il quale in un primo tempo permette di osservare ipertrofia e iperplasia della cute e del cellulare sottocutaneo, in seguito abbondante e fitta neoformazione di tessuto connettivale con tendenza alla sclerosi.

Certamente anche «la teoria della stasi» deve essere sottoposta a critica, e non possono essere invocati, per accrescerne l'autorità, i casi di elefantiasi degli arti inferiori osservati in seguito all'asportazione dei gangli inguinali da vario tempo colpiti da un processo infiammatorio. Il fattore flogistico non può essere trascurato nei riguardi dello sviluppo della malattia, tanto più che in altri casi in cui fu fatta l'asportazione di detti gangli all'infuori di ogni flogosi ottenendo una guarigione «per primam», non si ebbe elefantiasi dell'arto corrispondente.

Infatti anche riguardo l'elefantiasi dei paesi tropicali, che prima si ammetteva come prodotta da occlusione dei linfatici da parte di alcuni parassiti (filaria nocturna), tale teoria ha ricevuto una forte scossa, dopo che vari studiosi hanno riscontrato detto parassita nel sangue di individui non affetti da elefantiasi, mentre non l'hanno riscontrato in quelli affetti.

Inoltre può la stasi linfatica essere la sola causa di edemi così spiccati e di tanta proliferazione di tessuto di neoformazione?

Dato che mi sono prefisso non di discutere sulla patogenesi di questa malattia, ma soltanto di portare un contributo al metodo di cura chirurgica ora più in voga, così tralascio questo argomento che ancora dovrà essere oggetto di studi minuziosi prima di poter essere completamente messo in luce.

La cura chirurgica dell'elefantiasi ha pure una breve storia che cercherò di riassumere.

Lisfranc per primo praticò le scarificazioni onde diminuire la pressione linfatica dei tessuti edematosi ed infiltrati.

Carnocham (1851-57) eseguì l'allacciatura dell'arteria dell'arto; tale metodo fu seguito da vari chirurghi (Fischer, Leisrink, Rotter) con scarsi risultati; tuttavia anche con questo metodo si registra qualche felice esito (Solieri - Congresso di chirurgia di Trieste, 1919).

Poi prevalse un altro metodo per parte specialmente di Dieffenbach, Winiwarter, Mickulicz, i quali eseguirono escissioni cuneiformi dei tessuti, ottenendo risultati di poca entità e di breve durata.

In seguito, e con semplicismo poco lodevole, fu perfino proposto un metodo demolitivo: Brassac e Faure portano una buona statistica di «ottimi esiti avuti coll'amputazione dell'arto elefantiasico» (!!!).

Nel 1906 Handley propose un nuovo processo chiamato «linfoangioplastica» consistente in una deviazione della corrente linfatica per mezzo di mazzetti di grossi fili di seta, i quali, seguendo un decorso sottocutaneo, andavano dall'estremità alla radice dell'arto, fino a giungere nel tessuto sano. Tale procedimento, applicato da vari operatori (Clarke, Goebel, Fergusson, Sims, Guyot), non diede risultati duraturi.

Walther (1919) ai fili di seta sostituì tubi di gomma; ma anche in questo modo non solo non cambiò sostanzialmente il metodo, ma neppure il risultato.

Finalmente giungiamo a Lanz, Oppel, Rosanow, Kondolèon, Payr.

Lanz nel 1911 rese noto un caso da lui operato cinque anni prima e che aveva avuto ottimo risultato anche a distanza; si trattava di elefantiasi di un arto inferiore; egli si propose

di deviare la linfa verso gli strati profondi e più precisamente nel canale midollare dell'osso; così dopo aver inciso tutti gli strati ed esser giunto al femore vi praticò tre fori in cui immise striscie di fascia lata che dovevano servire di drenaggio; inoltre fece numerose e piccole incisioni nell'aponeurosi tali da servire esse pure di drenaggio.

Oppel invece faceva penetrare negli interstizi muscolari, attraverso incisioni fatte sull'aponeurosi, delle bandelette di connettivo sottocutaneo; dopo suturava l'aponeurosi.

Rosanow, tolto un lembo losangico della cute sulla faccia esterna della coscia e su quella posteriore della gamba, scolpisce un lembo triangolare sottocutaneo-aponeurotico e l'introduce nell'interstizio delle masse muscolari; anch'egli sutura l'aponeurosi.

Kondolèon finalmente, in seguito a varie osservazioni, pensò che fosse l'aponeurosi la causa principale della stasi linfatica, tanto più che esaminata detta aponeurosi la trovò ispessita e sclerotizzata, e che al disopra di essa ristagnava una certa quantità di linfa.

Perciò egli praticò l'asportazione di lembi più o meno vasti dell'aponeurosi per tutta la lunghezza dell'arto, in modo che la linfa degli strati superficiali potesse giungere attraverso il tessuto muscolare agli strati profondi; dopo di ciò suturò la cute senza alcun drenaggio.

Payr ha modificato lievemente il secondo tempo di detto metodo; prima di eseguire la sutura della cute riunisce per mezzo di alcuni punti i margini dell'aponeurosi rimasti liberi con i muscoli.

E che sia buono il concetto che guida questi ultimi due metodi lo prova il fatto dei felici esiti ottenuti anche a distanza di qualche anno.

Anche il caso che ora esporrò fu operato oltre un anno fa, e tuttora il risultato si mantiene ottimo sotto ogni rapporto nonostante che il giovane soggetto, affetto dalla malattia, non si abbia avuto alcun riguardo dopo l'atto operativo e faccia giornalmente lunghe camminate o rimanga tutto il giorno in stazione eretta.

CASO CLINICO.

P. Angelina, di anni 25, da S. Eraclio (Foligno).

Viene accolta in ospedale il 19 settembre 1922.

Anamnesi. — I genitori sono viventi; il padre è un arteriosclerotico; la madre gode buona salute; essa fu operata alcuni anni or sono per occlusione intestinale; tre fratelli nati precocemente sono morti dopo pochi giorni di vita.

La P. fu la primogenita; ebbe allattamento materno; mestruò a 13 anni; le mestruazioni sono sempre state regolari per epoca di comparsa, durata e quantità.

Nega qualunque malattia.

Verso i 16 anni cominciò a notare, specialmente alla sera dopo essere stata in piedi per tutta la giornata, che il piede sinistro in corrispondenza del malleolo esterno era un po' ingrossato.

Dopo qualche tempo il gonfiore si diffuse anche al malleolo interno e così progressivamente a tutto il piede, alla gamba e più tardi alla coscia.

All'ingresso in Ospedale.

Nel 1920 sposò a un uomo sano dal quale ebbe una bambina nata a termine e tuttora vivente e sana.

Durante la gravidanza il gonfiore aumentò colla stessa intensità di prima e non subì modificazioni dopo il parto.

La tumefazione aumentò sempre fino a fare raggiungere all'arto le dimensioni presentate dalla malata all'ingresso in Ospedale.

La P. dice di non avere mai avuto dolori in corrispondenza dell'arto; ha notato soltanto

che al mattino, dopo avere tenuta durante la notte la posizione orizzontale, il gonfiore era lievemente diminuito, mentre il grado massimo lo raggiungeva la sera dopo essere stata in piedi per tutta la giornata.

Esame obbiettivo. — Donna di statura media, in buono stato di nutrizione generale, di costituzione scheletrica regolare. Nulla di anormale si rileva all'esame dei vari sistemi ed apparati.

Arti inferiori. — All'ispezione si nota un'enorme differenza di volume fra i due arti; il sinistro è molto ingrossato, e specialmente dal piede al ginocchio; inoltre è deforme per la scomparsa delle linee caratteristiche.

In corrispondenza dell'articolazione tibio-tarsica si nota un profondo solco causato dal grande sviluppo dei tessuti molli viciniori; la gamba presenta l'aspetto di una grossa oliva; è scomparsa la prominenza data dal tricipite surale.

La coscia pure appare ingrossata, ma in proporzione alquanto inferiore alla gamba, come si può rilevare dalla prima illustrazione e dalle misure che ora esporrò.

Dimensioni degli arti inferiori all'ingresso in Ospedale.

	destro — cm.	sinistro — cm.	differenza cm.
Collo del piede	19	23	4
Gamba - terzo inferiore	20	34	14
» » medio	28	41	13
» » superiore	29	37	8
Ginocchio	31	35	4
Coscia - terzo inferiore	34	40	6
» » medio	42	47	5
» » superiore	48	52	4

Alla palpazione si nota una forte consistenza; la cute non si lascia sollevare in pieghe tanta è la sua tensione; la pressione non lascia alcuna impronta digitale, e, se esercitata fortemente su qualunque punto dell'arto, non risveglia dolore.

Non si palpano gangli ingrossati all'inguine.

I movimenti dell'articolazione del piede e di quella del ginocchio sono alquanto limitati.

La P. fu sottoposta a tre interventi operatori alla distanza di pochi giorni l'uno dall'altro.

21 settembre 1922: Etero-narcosi. Operatore prof. Mioni.

Sulla faccia interna della gamba a partire da sotto al ginocchio fino alla regione malleolare si scolpisce un lembo elittico che interessa cute e connettivo sottocutaneo. Lo spessore di tali strati è di circa quattro centimetri verso il mezzo della gamba. Dalla superficie di sezione vi è scarso gemizio di sangue, mentre invece scola abbondante linfa.

Incisa l'aponeurosi che ricopre i muscoli sottostanti, se ne asporta un largo lembo.

Successivamente i margini della ferita cutanea vengono avvicinati con punti staccati di grossa seta e riuniti senza alcun drenaggio.

Sei giorni più tardi si pratica il secondo intervento sulla superficie esterna della gamba e sul dorso del piede, seguendo le stesse modalità del primo.

Dopo altri sette giorni, valendosi della rachianestesia stovainica, si pratica il terzo intervento, sulla superficie anteriore e posteriore della gamba, nella seguente maniera: sulla faccia anteriore della gamba, a partire da sotto la tuberosità della tibia per discendere al collo del piede, si praticano due incisioni curve a concavità interna, che circoscrivono un lembo elittico di cute e connettivo sottocutaneo, fortemente ispessiti; asportato il lembo si prepara l'aponeurosi dei muscoli tibiali che vengono denudati; si riuniscono i margini dell'incisione cutanea suturando per primam.

Dopo 15 mesi dall'intervento operatorio.

Collo stesso procedimento si asporta un lembo cutaneo-aponeurotico sulla superficie posteriore della gamba.

Complessivamente dunque vennero scolpiti ed asportati quattro lembi elissoidali sulla gamba, foggiati in maniera che dopo la riunione dei margini la gamba potesse acquistare aspetto e dimensioni simili il più possibile all'altro arto sano, ed uno sul dorso del piede.

Il decorso delle ferite si mantenne asettico, per quanto una discreta linforragia da un punto declive della sezione esterna abbia ostacolato per circa tre settimane la completa cicatrizzazione.

Tuttavia questa fu raggiunta senza difficoltà. L'arto fu mantenuto fasciato per qualche tempo per precauzione, ed il 21 ottobre la P. fu dimessa guarita.

Tuttavia prima di considerarla tale, si volle attendere che fosse trascorso un periodo di tempo sufficiente; dopo quindici mesi la guarigione si mantiene perfetta, e la fotografia che si pubblica, fatta dopo un tale lasso di tempo, può attestarlo, come lo attestano egualmente le dimensioni prese.

Dimensioni degli arti inferiori dopo 15 *mesi dall'intervento operatorio.*

	destro	sinistro	differenza
	—	—	—
	cm.	cm.	cm.
Collo del piede	19	19,8	0,8
Gamba - terzo inferiore	20,5	21,7	1,2
» » medio	29,8	30,5	0,7
» » superiore	29,7	30,3	0,6
Ginocchio	31,2	33,3	2,1
Coscia - terzo inferiore	37,7	41	3,3
» » medio	44,5	45,2	0,7
» » superiore	49	49,4	0,4

Alcuni frammenti dei tessuti asportati, fissati in soluzione di sublimato corrosivo, in alcool, ed in soluzione di formolo, colorati con emallume, con Van Gieson, con Weigert, furono studiati dal punto di vista isto-patologico.

Pelle. — È alquanto ispessita; accentuata iperplasia dello strato corneo; lo strato germinativo è in preda a spiccato edema intercellulare; i follicoli piliferi, e le ghiandole sebacee sono atrofiche; atrofiche pure sono le ghiandole sudoripare, le cui anse dei glomeruli si presentano allontanate per l'interposizione fra di esse di un connettivo fibrillare, edematoso.

Le arterie del derma in tutto il suo spessore sono in preda a un processo di neoformazione connettivale a carico prevalentemente dell'intima e dell'avventizia; il lume è conservato nella sua forma circolare, ma ristretto.

Le vene presentano due tipi di alterazioni; in uno, mantenendo normali gli elementi delle tonache, hanno il lume aumentato del doppio ed anche del triplo; nell'altro si hanno le pareti ipertrofiche, restringimento e perfino ostruzione del lume; attorno a questi vasi in cui il circolo è fortemente rallentato si nota discreto numero di leucociti, fuorusciti certamente per diapedesin.

I linfatici, sia i vasi che le lacune, sono molto dilatati.

Cellulare sottocutaneo. — È formato quasi esclusivamente di connettivo fibroso, sclerotico, i cui elementi cellulari sono in alcuni punti avvicinati e formanti fasci disposti in vari sensi, in altri invece allontanati fra di loro e delimitanti delle lacune.

Il caso che ho creduto non assolutamente privo di interesse per essere illustrato presenta alcune caratteristiche ben definite.

Prima di tutto: l'assenza di qualsiasi causa predisponente o determinante apprezzabile; è vero che l'arto elefantiasico crebbe anche durante la gravidanza del soggetto; il processo morboso era tuttavia cominciato parecchio tempo prima ed è ovvio che abbia subito un accrescimento anche durante lo svolgersi della gravidanza, la quale certamente ha aumentato l'ostacolo al circolo refluo.

Inoltre l'unilateralità del processo, in assenza di cause ben definite (trombosi, adeniti, flebiti, ecc.), difficilmente si spiega.

Il De Gaetano nel suo recente lavoro sull'elefantiasi, dopo lo studio minuzioso istologico dei pezzi asportati, giunge quasi a considerare i tessuti elefantiasici, edematosi ed infiltrati, come un tumore linfo-fibromatoso; ad ogni modo consiglia di considerarli assolutamente come tali agli effetti della cura chirurgica.

Io mi domando se, nella patogenesi di tale processo morboso, considerato o no come esito più o meno lontano di flogosi, o di disturbo meccanico di circolo, o come neoformazione vera e propria, non possa eventualmente concorrere anche un fattore trofico, capace di determinare da principio delle semplici alterazioni funzionali, vaso motorie, regionali, e poi, in seguito al prolungarsi di queste, anche delle alterazioni istologiche delle pareti dei vasi, sia linfatici che venosi, con tutta la concomitante e susseguente coorte sintomatica ed anatomopatologica.

Ad ogni modo, qualunque sia il meccanismo dell'eziogenesi, non deve variare il concetto che inspira il procedimento di cura.

Questo si impernia su due principali momenti: l'*asportazione* dei tessuti edematosi, fibrosi, inspessiti ed infiltrati di linfa, e la *derivazione* della linfa dagli strati superficiali a quelli profondi, sopprimendo la barriera aponeurotica.

Ho già passato in rivista i principali metodi suggeriti dai differenti autori, ed i vari tentativi che man mano hanno preceduto e quasi preconizzato il metodo di Kondolèon.

Però mentre Kondolèon si limita a delle incisioni longitudinali, una sul lato interno, l'altra sul lato esterno della gamba, eseguite le quali pratica l'estirpazione dei tessuti infiltrati sopra aponeurotici, e l'escissione di un segmento di aponeurosi della lunghezza dell'incisione e largo 4-5 cm., mentre Payr con lieve modificazione fissa i muscoli denudati ai margini dell'aponeurosi rimasti liberi, De Gaetano (1923) invece asporta due lembi elissoidali, uno interno, l'altro esterno, completi, comprendenti cute e tessuti infiltrati sottostanti, e demolisce quasi completamente l'aponeurosi d'inviluppo della gamba.

Nel nostro Reparto Chirurgico, Mioni ha eseguito con alcune varianti tale operazione nel 1922, procedendo all'asportazione in sedute successive di quattro lembi: interno, esterno, anteriore e posteriore nei riguardi della gam-

ba, di un lembo dorsale nei riguardi del piede, ed all'apertura di cinque ampie comunicazioni fra strati sottocutanei e muscoli.

Che il successo sia stato lusinghiero e duraturo lo dimostrano la fotografia e le misure che, per cautela, non furono prese che soltanto dopo un periodo di tempo di oltre 15 mesi dall'atto operativo.

Ad ogni modo si ritiene utile consigliare a tali infermi, sia pure dopo il migliore risultato operativo, l'applicazione di una leggera e sottile benda di crespo, la quale non dà alcun fastidio, e mette al sicuro da qualsiasi recidiva.

Dicembre 1923.

BIBLIOGRAFIA.

GUACCERO A. *Sulla cura dell'elefantiasi congenita dell'arto inferiore*. VII Congresso di Ortopedia, 1913.

MOSCOWITZ. Ann. of Surg., 1915, LXII.

WALTHER. *Note sur le traitement de l'éléphantiasis des membres par le drainage limphatique à tubes perdus*. Bull. de l'Académie de médecine de Paris, n. 35, novembre 1919.

FRANÇOIS, JULIEN. *Traitement de l'éléphantiasis des membres par l'application définitive des tubes de caoutchou dans le cellulaire souscutané*. « Thèse de Doctorat », Paris 1919.

SOLIERI. *L'interruzione del circolo arterioso principale negli edemi gravi e permanenti da ostruito circolo venoso*. XXVI Congresso di Chirurgia. Trieste 1919.

KONDOLEON. *Die chirurgische Behandlung der elephantiastichen ödeme durch eine neue Methode der Limphableitung*. « Münch. med. Wochenschr. », 1912, n. 50.

ID. *Die operative Behandlung der elephantiastichen Limphödeme*. « Zentralblatt f. chir. », 1912, n. 30.

ID. *Die Dauerresultate der Chirurgischen Behandlung der elephantiastichen Limphödeme*. « Münch. med. Wochenschr », 1915, n. 16.

ARNOLD K. HENRY. *The Kondolèon operation for elephantiasis*. « Brit. Journ. of Surg », July 1921.

DE GAETANO. *Cura Chirurgica in un caso di elefantiasi degli arti inferiori*. « Annali Italiani di Chirurgia », 1923, fasc. VII.

NOTE E CONTRIBUTI.

Osservazioni sulla masturbazione infantile.

Dott. TULLIO MARIO BALBONI.

Una nota del numero 31 del *Policlinico*, Sezione Prat., 1923, parlando della masturbazione infantile metteva in rilievo, oltre la rarità del fenomeno nei soggetti molto giovani, il fatto che essa, quando si riscontra, si riscontra soprattutto nelle bambine e infatti in quella stessa nota sono riferiti due casi clinici concernenti bambine una di due anni e l'altra di cinque e si parla di casi pure di bambine riportati dallo Havelock Ellis. Il Neter che riporta 26 casi afferma anche esso che il fenomeno è molto più frequente nelle femmine.

Ora a me pare possa interessare il narrare due casi di masturbazione in bambini maschi estremamente giovani che non presentavano, come del resto succede spesso anche nelle femmine (Neter), nessuna delle abituali cause a cui si attribuiscono le pratiche masturbatorie e cioè oxiuri, anomalie morfologiche dei genitali, sporcizia, toccamenti da parte di terze persone, ecc.; e di cui credo poter dare una interpretazione che mi pare meritevole di attenzione.

CASO I. — Bambino di 14 mesi, nato a termine. Genitori sani. Il padre è dedito al vino; nessuna malattia pregressa se non qualche imprecisato disturbo a carico dell'apparato digerente il mese scorso. Non è completamente divezzo. Non gli sono mai stati somministrati alcoolici. Due mesi or sono la madre si accorse che il bambino, dopo essersi toccato il piccolo membro e averlo posto nello stato di erezione, cadeva in uno stato di eccitazione per cui si faceva rosso in viso e, se era sulle braccia della madre, si stringeva forte a lei e, se coricato, irrigidiva le gambe e protendeva la testa in addietro. Questo fatto succedeva ad intervalli di giorni ed ancora oggi la frequenza del fenomeno non è aumentata.

E. O. — Il bambino appare un po' piccolo per la sua età ma discretamente nutrito. Tegumenti flaccidi. Sono visibili solo i due denti incisivi inferiori mediani. Accenno al fenomeno di Chvosteck. Il bambino non mostra ancora tendenza a camminare. Ventre un po' tumido. L'esame degli organi genitali non dimostra nulla di anormale se si eccettua un'asta forse un po' più voluminosa del normale. Nulla agli organi interni.

CASO II. — R. S., bambino di 21 mesi nato a termine; la madre afferma di aver sofferto di linfatismo e di anemia ed anche ora è in non buone condizioni (pallore, magrezza, dentatura guasta); il padre è sano e non pare dedito al vino. Il bambino ha avuto una prima infanzia difficile talchè a otto mesi pesava ancora sei chilogrammi per quanto abbia sempre avuto allattamento materno; a 11 mesi i primi denti; all'età di un anno ebbe ascessi

multipli in seguito ad un esantema cutaneo che pare fosse una forma morbillosa. Poco dopo ebbe a soffrire di una gastroenterite durante la quale ebbe attacchi di tetania che però non si sono ripetuti più una volta cessata la malattia enterica; da quattro mesi il bambino prende caffè e talvolta qualche sorso di vino. La madre riferisce che un giorno mentre teneva in braccio il suo bambino di soli otto mesi di età ebbe a notare che questi cominciò a confricarsi contro la madre, divenne rosso in viso, si irrigidì, si imperlò di sudore, si strinse forte al collo di lei finchè si gettò sonnolento sulla sua spalla. Dalla prima volta che la madre notò il fenomeno vide che questo si ripeteva più o meno intenso due, tre e anche 4 volte al giorno ma soltanto a condizione che il bambino fosse tenuto in braccio dalla madre chè se era tenuto da altre persone il fenomeno non si verificava. La pratica masturbatoria in un primo tempo subordinata alla presenza della madre, in occasione della malattia sofferta dal bambino ad un anno di età, cominciò a verificarsi anche quando il bambino stesso era coricato manifestandosi allo stesso modo descritto per il primo caso.

E. O. Anche questo bambino appare poco sviluppato. Pallore abbastanza notevole e pannicolo adiposo scarso. Cammina ma non lo fa volentieri e correttamente. Il ventre è tumido. La gabbia toracica è cedevole oltre la norma alla pressione. Segno di Chvostek presente e facile a provocarsi; nessuna anomalia ai genitali. Sistema linfatico sviluppato. Esame degli organi interni negativo eccetto che per l'apparato respiratorio dove si notano fenomeni catarrali diffusi. L'intelligenza del bambino appare sveglia per quanto, data la piccola età, sia impossibile darne un giudizio sicuro. Il bambino parla e si esprime in modo non inferiore a quello dei suoi coetanei normali.

Dalla facilità con la quale, interessandomi dell'argomento, ho trovato questi due casi nella mia clientela privata, credo sia possibile dedurne che il fenomeno è molto più frequente di quanto non si ritenga comunemente e che se noi medici lo riscontriamo relativamente di rado ciò è dovuto al fatto che i genitori il più delle volte non vi danno importanza; anzi i genitori stessi, specialmente se il fenomeno è a carico di bambini di sesso mascolino, lo interpretano spesso come un segno di virilità, di «buona razza». Questa è secondo me la causa che ha tratto in inganno gli autori che hanno trattato dell'onanismo infantile i quali, infatti, sostengono tutti essere il fenomeno più raro fra i maschi probabilmente per il solo fatto che i parenti sogliono molto più facilmente impressionarsi dell'esistenza del fenomeno presso le femmine che presso i maschi e ricorrono di conseguenza al medico soprattutto nel primo caso. In ambedue i casi non ho trovato quei segni di deficiente sviluppo mentale (Lasègue) a cui sovente si attribuisce lo stabilirsi del fenomeno nè, essendo i bambini maschi, si può incolpare la facilità di irritazione dovuta alla conformazione degli organi genitali femminili. Di più nessuno dei due bambini presentava fimosi od altre anomalie morfologiche degli organi stessi; nè per quanto abbia investigato possono in questi casi entrare in discussione come causa prima determinante del fatto toccamenti osceni dovuti a terze persone. Ambedue i bambini invece in occasione di malattie dell'apparato digerente sono andati soggetti a piccoli attacchi di eclampsia infantile con accenno nel secondo caso a vere e proprie convulsioni. Questi elementi insieme soprattutto al constatato ritardato sviluppo scheletrico dei due bambini e segni obiettivi indubbi di tendenze agli spasmi (segno di Chvosteck) mi hanno indotto ad attribuire fenomeni così precoci, estremamente precoci della masturbazione nei due soggetti ad uno stato generale caratterizzato da sviluppo ritardato, ricambio del calcio alterato, abnorme eccitabilità, linfatismo, ecc.

Il fenomeno dell'onanismo rientrerebbe secondo me nel quadro della oscura sintomatologia della spasmofilia che pure si associa così di frequente a ritardato sviluppo ed andrebbe interpretato come la conseguenza dello stato organico dei soggetti nè più nè meno come i vari tic, spasmi, ecc.

Del resto per quello che riguarda la etiologia del fenomeno il Comby e il Neter danno già rilievo ai fenomeni nervosi associati per non parlare del Lasègue il quale interpreta l'onanismo come una nevrosi cerebrale latente. Nessuno però degli autori da me consultati mette in evidenza il ritardato sviluppo organico del bambino che mi pare invece essere il segno più importante. Non v'è dubbio che esso da per sè solo non possa determinare lo stabilirsi del fenomeno poichè non si trova l'onanismo in tutti i bambini a sviluppo ritardato. Certo dunque esso va associato alla presenza di uno stato nervoso particolare che non si può escludere possa molte volte essere effetto diretto del ritardato sviluppo stesso. Bisogna invece pensare che il ritardato sviluppo possa dare onanismo solo quando i fenomeni nervosi concomitanti e forse conseguenti abbiano raggiunto un certo grado. Credo in ogni modo di poter confermare che si tratti di fenomeno del tutto fisico come già credeva il Neter abbandonando ogni interpretazione animistica recente ed antica.

Vero è in ogni modo e non mi sento di escluderlo che molte cause possono facilitare l'insorgenza del fenomeno come malconformazio-

ni, sporcizia, toccamenti osceni, oxiuri, ma sempre e soltanto a condizione che preesista il sustrato organico descritto. Gli elementi su enumerati avrebbero soltanto la importanza e il valore di cause accidentali non bastevoli di per sè sole a mantenere la persistenza del fenomeno masturbatorio.

Quanto alla terapia debbo dire che essa mi ha dato in poco tempo risultati assai brillanti. In base ai criteri suesposti somministrai ai due soggetti preparati antispasmodici quali olio fosforato e sali di calcio consigliando in ogni modo alle rispettive madri di evitare di mettere i loro bambini nelle condizioni apparentemente più propizie a provocare quello che era un vero e proprio accesso masturbatorio ed evitare la somministrazione di vino, caffè, carne, prodotti a cui se non è possibile attribuire l'importanza di cause determinanti poichè fra l'altro furono cominciati a somministrare quando il fenomeno si era già stabilito, è però indubbio si possa attribuire l'accentuazione di un complesso stato organico già esistente del quale gli esponenti più importanti sono il ritardato sviluppo organico e la facile irritabilità nervosa. Il primo bambino del resto non aveva mai ingerito carne, vino e caffè.

Debbo dire che i risultati del trattamento da me istituito sono stati eccellenti sia nel primo che nel secondo caso. Dopo quindici giorni di cura il primo non aveva avuto ancora l'accesso masturbatorio e non mi è stato più possibile seguirlo perchè l'ho perduto di vista. Il secondo bambino invece, sempre nei primi quindici giorni di cura, ha avuto solo tre attacchi mentre prima tre attacchi erano facili in una sola giornata e in ogni modo non passava giorno in cui il fenomeno non si ripetesse. In seguito fino ad oggi, vale a dire a distanza di un paio di mesi il bambino ha avuto solo quattro attacchi.

Un altro caso a conferma di quanto ho sopra esposto a proposito della patogenesi della masturbazione infantile ho avuto recentemente occasione di osservare all' Ambulatorio dell'Ospedale del Bambino Gesù. Si trattava questa volta di una bambina di tre anni e mezzo che presentava evidenti segni di ritardato sviluppo organico, aveva messo i primi denti a dodici mesi di età e a due anni non ancora camminava. Non presentava però il segno di Chvosteck nè altri segni di un evidente anormale stato di eccitabilità nervosa.

Albano Laziale.

BIBLIOGRAFIA.

PISANI. *Sulla masturbazione infantile*. Policlinico, Sez. Prat., n. 31, 1923.

HAVELOCK ELLIS. *Etudes de psychologie sexuelle*. Paris.

TOBLER L. *Le malattie degli organi genitali*. Tratt. Ped. Feer., Milano.

NETEBJUNG. *Masturbazioni dei bambini ancora obbligati alla scuola*. Archiv. f. Kind., Bd. 60-61, 1913.

COMBY. *Maladies de l'enfant*. Masson, Paris.

ASHBY. *Trattato di malattie dell'infanzia*.

SUNTI E RASSEGNE.

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA.

Disturbi della mestruazione e loro cura.

(Prof. M. HENKEL. *Deutsche Med. Woch.*, 15 febbraio 1924).

Oggidì il processo mestruale non deve interpretarsi come un fenomeno isolato compientesi tra ovaio e utero, bensì come un processo al quale partecipa l'intero organismo ed al cui regolare svolgersi contribuisce in modo speciale l'armonico funzionamento degli organi endocrini (tiroide, ipofisi, capsule surrenali, timo).

L'A. suddivide i disturbi mestruali nei gruppi seguenti:

1) disturbi mestruali in soggetti con reperto genitale normale;

2) disturbi mestruali nelle alterazioni di sviluppo degli organi genitali;

3) disturbi mestruali nelle affezioni infiammatorie degli organi genitali;

4) disturbi mestruali nei tumori dell'utero e degli annessi;

5) disturbi mestruali nelle malattie organiche, del ricambio e del sangue e nei disturbi di circolo;

6) disturbi mestruali nel climaterio;

7) disturbi mestruali sotto forma di dismenorrea.

1) Questo gruppo, espressione di anomalie funzionali, non richiede alcun trattamento locale.

2) Qui i disturbi riconoscono talvolta la loro origine in un funzionamento anormale del complesso sistema endocrino in quanto quest'ultimo è in grado di influenzare il regolare processo di maturazione del follicolo ovarico. Essi sono propri per lo più dei primordi della vita sessuale e rappresentati sia da amenorrea temporanea, sotto forma di un ritardato inizio della mestruazione, sia da irregolarità mestruali con pause più o meno lunghe. Spesso la gravidanza apporta il ritorno alla normalità.

Condizioni inverse (polimenorrea accompagnata da dismenorrea) possono essere prodotte da un esaltamento della funzione ovarica: disturbo fisiologico il quale è spesso in diretto

rapporto con un abnorme attività delle ghiandole a secrezione interna nel senso di un mancato intervento sulla funzione ovarica dei normali antagonisti endocrini. Spesso anche qui dopo un gravidanza il decorso mestruale si regolarizza.

Come trattamento, nei casi di polimenorrea l'A. pratica da lungo tempo, e con eccellenti risultati, la resezione di una o di ambedue le ovaia. Bene inteso che tale intervento limita le sue indicazioni ai casi in cui un attento esame abbia potuto circoscrivere alle ovaia la sede dei disturbi.

Nell'allattamento e nel puerperio possono aversi disturbi mestruali consistenti in amenorrea (amenorrea dell'allattamento o puerperale). L'ovulazione può contemporaneamente essere sospesa o effettuarsi. A una sospensione dobbiamo pensare nella cosidetta atrofia uterina dell'allattamento che suole poi riparare col ristabilirsi del processo di ovulazione durante lo svezzamento.

Irrimediabile è naturalmente l'amenorrea nei casi di mancanza dell'utero o delle avaia. L'estirpazione bilaterale delle ovaia importa di necessità un'atrofia uterina con soppressione della funzione della mucosa quale organo mestruante. Inversamente, l'estirpazione dell'utero influisce dannosamente sulla funzione dell'ovaio e dell'intero apparato endocrino. Le azioni nocive dirette sulle ovaia quali, ad es., quelle da raggi Röntgen, influiscono sulla mestruazione per tutto il tempo in cui il processo di ovulazione rimane soppresso. In ultimo è da tenere presente come talvolta alterazioni lungo le vie di deflusso del sangue mestruale possano mentire un'amenorrea (atresia imenica, impervietà della vagina, ecc.). Qui naturalmente la cura sarà esclusivamente chirurgica.

3) In questo gruppo va anzitutto ricordata l'endometrite. Occorre però rilevare come troppo spesso tale processo infiammatorio sia stato per l'innanzi designato fra le cause di disturbi mestruali. Per quanto concerne la cura trova qui frequente indicazione il raschiamento. Esso diviene anzi indispensabile nei casi di endometrite in seguito a disturbi del puerperio: indispensabile del pari qualora si tratti di stabilire una diagnosi differenziale tra tubercolosi e carcinoma e nei casi in cui necessiti il pronto arresto di un'emorragia.

Cause di disturbi in questo gruppo costituiscono inoltre gli stati infiammatori in genere dell'utero, degli annessi e degli organi circonvicini; affezioni le quali producono il loro effetto sia per un disturbo del processo di ovulazione, sia per alterazioni morbose della mucosa uterina quale organo mestruante, ed infine per l'influenza del sistema vasale. I processi infiammatori dell'ovaio disturbano sopratutto il processo di maturazione del follicolo: si possono produrre ascessi, più spesso emorragie con conseguente formazione di ematomi.

Nella cosidetta metrite i disturbi consistono generalmente in emorragie: possibili gli scambi diagnostici con miomi sottomucosi, carcinoma del corpo e aborti incompleti. Nella cosidetta metropatia emorragica si tratta prevalentemente dell'effetto di azioni nocive svoltesi sulla muscolatura uterina in seguito a processo di sclerosi provocato da fattori diversi: disturbi nell'involuzione uterina dopo il parto. iperemia, posizioni anomale dell'utero, influenze da parte dell'ovaio, ecc.

È chiaro che nell'istituire la cura di questo gruppo di disturbi mestruali debba anzitutto cercarsi di stabilire caso per caso il fattore etiologico. In presenza di emorragie e fenomeni dolorosi insorgenti all'epoca del climaterio si praticherà il raschiamento; in tal modo potrà anche escludersi l'esistenza di un carcinoma. Escluso quest'ultimo e rimasto senza risultato il raschiamento, si procederà alla castrazione con i raggi Röntgen: metodo di alto valore terapeutico. Come regola generale dovrà sempre aversi di mira l'arresto nel più breve tempo possibile delle emorragie. Si prescriverà il riposo, i bagni e una terapia diretta al sollevamento dello stato generale: del resto, mancato ogni effetto dal raschiamento, si applicheranno tutti quei mezzi atti da un lato a promuovere ed accelerare la coagulazione del sangue (iniezioni endomuscolari di gelatina, iniezione endov. di soluzione fisiologica, di cloruro di calcio, di sangue autonomo emolizzato, tamponamento dell'utero con garza imbevuta di siero ematico), dall'altro a facilitare il deflusso del sangue venoso per mezzo di un aumento della pressione (digitale). Fra gli stiptici veri e propri commendevoli l'idraste e i preparati ipofisari.

4) Qualora i disturbi mestruali provengano dalla presenza di tumori dell'utero o degli annessi, si ricorrerà, falliti i mezzi conservativi, alla cura chirurgica. Sarà bene tuttavia limitare quest'ultima al minimo possibile onde conservare la mestruazione.

5) Che malattie generali della più varia natura possano influenzare il processo mestruale è fatto acquisito « ex antiquo » alla comune conoscenza. Nel tifo, nella scarlattina, nella tubercolosi ed in altre malattie infettive osserviamo spesso amenorrea. Al contrario, nella tubercolosi occorre anche non di rado un aumento dell'attività sessuale. Durante le malattie di cuore, specialmente nel periodo di scom-

penso, ha luogo talvolta un disturbo sia nel processo di ovulazione che di mestruazione sotto forma di amenorrea o di polimenorrea. Fra le psicopatie accompagnate da irregolarità catameniali l'A. rammenta l'epilessia, la demenza precoce, la frenosi maniaco-depressiva.

Speciale menzione meritano in questo gruppo di disturbi le malattie delle ghiandole a secrezione interna, sopratutto della tiroide, delle capsule surrenali e dell'ipofisi. Può trattarsi di un'ipo- o di iperfunzione ghiandolare e il quadro clinico più spesso segnalato è quello dell'amenorrea.

6) Nel climaterio lo spegnersi della funzione ovarica può anche avvenire nella completa assenza di ogni disturbo. La funzione ovarica invero è da considerarsi dipendente da tutto il complesso sistema endocrino e i processi del climaterio non soltanto sono di natura locale, ma rappresentano eziandio l'espressione di un fenomeno corporeo generale analogo in tale epoca alla comparsa dei sintomi senili e di involuzione. Le prime manifestazioni climateriche possono già comparire durante il normale decorso delle mestruazioni, altre volte durante iregolarità o mancanza temporanea di esse. I disturbi consistono in emorragie, talvolta cospicue, e in sintomi di natura nervosa o psichica. Le emorragie dovranno essere considerate sotto il duplice punto di vista, diagnostico-differenziale (neoplasie uterine o degli annessi?) e della loro intensità. I disturbi nervosi interessano principalmente il dominio del vago e del simpatico (variazioni e labilità della pressione sanguigna, vampe di calore, ecc.).

Le emorragie climateriche verranno curate colla radioterapia, metodo col quale si riesce ad ottenere un completo arresto del processo di ovulazione. I disturbi nervosi vasomotori si tratteranno colla somministrazione, secondo i casi, della digitale, dell'adrenalina e della diuretina. Spesso giovevole è l'uso del bromo e dell'aconitina (es. Pr.: Br Na 2,5 - Sacil. Na 0,5 - Aconitina 0,0002: in due volte, al mattino e alla sera in infuso di valeriana). I preparati ovarici riescono efficaci solo se usati per via ipodermica o endovenosa. Il trapianto di ovaia sane è stato talvolta praticato: per una fondata applicazione di tale metodo ignoriamo però tuttora quali siano i normali rapporti necessari tra ovaio e organi endocrini affinchè il climaterio decorra in una completa assenza di disturbi. Oltracciò, anche nei casi più favorevoli, l'organo impiantato regredisce a sua volta, così che da ultimo non si perviene che a un semplice differimento del climaterio. A complemento di ogni cura gioverà l'osservanza delle opportune norme igieniche e fisico-dietetiche.

7) Sotto il nome di dismenorrea intendesi quello speciale quadro clinico in cui il decorso della mestruazione è accompagnato da molestie di entità varia e di origine locale o generale. Può essere causa di dismenorrea una semplice ipersensibilità generale del sistema nervoso, più spesso, specie allorchè le molestie si accentuano nel periodo dell'emorragia mestruale, i fenomeni dismenorroici sono dovuti all'endometrite. Non di rado la dismenorrea è di origine costituzionale: ciò sembra provare la frequente ereditarietà e la frequente spontanea scomparsa in tempo più o meno lungo dei disturbi ad essa legati.

La cosidetta dismenorrea nasale e gli altri disturbi nervosi circoscritti osservabili talora durante i periodi mensili (spasmi glottidei, accessi di asma, ecc.), non rappresentano che altrettante nevrosi riflesse.

La cura della dismenorrea si presenta in genere fra le più difficili. Si rintracceranno con zelo tutti i possibili fattori causali di ordine biologico o psichico: si ricorrerà quindi alla somministrazione dei mezzi atti a ridurre l'eccitabilità riflessa locale e generale: eventualmente si praticherà un trattamento locale dell'endometrio o una resezione parziale delle ovaia nei casi di iperfunzione delle medesime.

M. AGOSTINI.

Fibromi uterini.

(P. E. TRUESDALE, M. D., FALLA RIVER. *Mass. Medical and Surgical Journal*, Boston, 19 luglio 1923).

L'A. riporta una statistica di 300 casi di fibromi uterini, trattati chirurgicamente, con 4 soli insuccessi, e riferentisi a 222 donne maritate e a 78 nubili, dai 20 ai 70 anni d'età.

Egli esamina solamente 209 casi, perchè, delle 300 operate, 6 presentavano fibromi con degenerazione maligna, 2 cancro delle ovaie, 1 cancro della mammella, 24 concomitanza di calcoli biliari; di 58 non si sono potute avere notizie esatte.

I risultati sono i seguenti: 179 operate in condizioni ottime; 16 con disturbi vescicali e gastro-intestinali; 14 morte dopo uscite dall'ospedale per complicazioni e malattie diverse.

Anzitutto fa rilevare la grande importanza dell'esame ginecologico, che dovrebbe far parte integrante d'ogni esame fisico; la frequenza della degenerazione maligna dei fibromi con una percentuale che varia dall'1 al 10 % e le difficoltà a riconoscerla, talvolta anche al tavolo operatorio. Un rapido esame istologico può abbastanza illuminarci, quantunque in molti casi si rimanga incerti.

Sintoma frequente dei fibromi è l'emorragia, sui cui caratteri e sul cui meccanismo di produzione s'intrattiene ampiamente, con speciale risalto dei fibromi sottomucosi. Il dolore, benchè raro, non manca e può indurre ad errori diagnostici. Esso si manifesta quando il tumore è in relazione con il segmento inferiore, dove vanno a distribuirsi i filussi nervosi del plesso ipogastrico. Il quadro clinico poi si renderebbe poco chiaro quando altre manifestazioni morbose, come ulceri peptiche, calcoli biliari, renali, l'appendicite abbiano ad accompagnarsi con il loro corteo sintomatico.

Generalmente la presenza di fibromi impedisce per ragioni meccaniche il concepimento. I fibromi sottomucosi rappresentano una sede d'impianto poco favorevole, oltre che la frequenza di emorragie può apportare all'eliminazione dell'uovo, mentre i sottosierosi, nella maggior parte dei casi, non sono nè di ostacolo al regolare andamento della gravidanza nè al parto. Diagnosticato un fibroma, l'intervento chirurgico è necessario, la via di scelta è la sopravaginale che comporterebbe una percentuale minore di mortalità. La miectomia è da preferirsi, specialmente trattandosi di donne nell'età feconda e desiderose di prole. Non è favorevole al trattamento con il radio e con i raggi X per i gravi disturbi che apporta, mentre risulta dalla presente statistica che l'intervento chirurgico è quello che dà i migliori esiti.

Si può decidere un trattamento diverso nelle donne (nell'età feconda) desiderose di figli e con disturbi poco rilevanti; nelle donne che presentano altre manifestazioni gravi, come il diabete, disturbi renali e cardio-vascolari; nelle donne d'età avanzata con disturbi scorsi e con nessuno accenno ad un aumento del fibroma.

Se si dovesse scegliere la via laparotomica cercare di limitare la linea d'incisione alla regione ipogastrica, più in basso che sia possibile.

COLISTRO.

Le infezioni renali complicanti la gravidanza.

(HENRY G. BUGBEE. *American Journ. Obstetrics a. Gynecology*, 1924, n. 5).

L'osservazione dell'ostetrico in gravidanza deve essere continua e diligente, fin dall'inizio, vi siano o non sospetti di lesioni renali. Grandi sono i vantaggi d'una precoce diagnosi, se si pensa che si possono evitare con delle cure appropriate, al principio, dei gravi interventi operativi. Gli svariati processi difatti, che possono colpire il rene, come la tubercolosi, le neoformazioni, la pionefrosi, la nefrolitiasi, l'idronefrosi (forma divenuta rara), oramai eccezionalmente esigono la cura operatoria, se pure qualche volta bisogna ricorrervi nei casi di pielonefrite fulminante.

Non è dunque senza valore l'asserzione di Matthews, suffragata dall'esperienza di parecchi altri, che ogni gravidanza deve essere considerata come un processo patologico. Nel 60, 70 % dei casi circa è la donna che va soggetta a lesioni renali e la causa deve ricercarsi nel fatto stesso della gravidanza, specialmente durante il travaglio, nella mestruazione, nella costipazione, nel rene mobile, nel prolasso vaginale, nella splancnoptosi.

Tale sproporzione di cause nei due sessi fa sì che noi consigliamo di trattare urologicamente ogni gravidanza, e perciò non ci spostiamo dalla seguente condotta:

1) Domande circa la possibilità di qualche fatto locale, circa le funzioni gastro-intestinali, circa i sintomi urologici.

2) Esame fisico completo: specialmente denti, tonsille, seni; addome; rilievo di grossi noduli linfatici, di focolai polmonari.

3) Prelevamento mediante un catetere sterilizzato d'una piccola quantità d'urina, e, quando all'esame di questa si rilevasse la presenza di batterii o di pus, procedesi alla cistoscopia e alla radioscopia, non tralasciando una più accurata ricerca di possibili sorgenti d'infezione.

Le infezioni renali hanno il loro massimo di frequenza fra il 3° e il 7° mese, spesso con un periodo prodromico d'irritabilità vescicale e di alternative d'irregolarità nella funzione renale, con bruciore frequente nell'urinazione, che erroneamente viene attribuito a pressione sulla vescica, mentre è dovuto alla batteriuria, perchè i batterii provocano nel loro passaggio congestione dell'uretere, del trigono, dell'uretra. Può anche stabilirsi l'ostruzione dell'uretere, dovuta a congestione, ad un punto limitato di questo, in seguito ad inginocchiamento per rene mobile, a pressione dell'utero, a stenosi o torsione per il sollevamento del contenuto pelvico. Allora si ha la cessazione immediata dei sintomi vescicali, mentre insorgono quelli generali e locali d'una pielonefrite: dolore al fianco, elevazione termica fino a 40°, senso di prostrazione profonda, vomito.

In questo caso, di solito, non si ricorre subito all'indagine strumentale, ma all'uso di sostanze medicamentose, che generalmente hanno il loro effetto favorevole; ma se la permeabilità non si ristabilisce bisogna ricorrere al catetere, che nella maggior parte dei casi incontra l'ostacolo nei primi 10 cm. dell'uretere. Superato l'ostacolo si ha un flusso abbondante d'urina e, dopo poche ore, la tem-

peratura scende alla norma, benchè possano permanere delle oscillazioni febbrili che vanno da una a due settimane.

Mantenere poi in sito un catetere come drenaggio può essere di grande utilità. Le recidive in queste forme sono assai rare.

In definitiva il trattamento deve consistere, in un primo tempo, nel mantenere la permeabilità renale, nel largo uso dell'acqua, nel promuovere scariche ventrali, nella somministrazione di alcalini e di disinfettanti urinarii; in un secondo tempo, cessati i sintomi acuti, nel procedere ad un eventuale lavaggio della pelvi, che si mostra d'effetto sicuro.

In tutti quei casi poi, in cui per una sopraggiunta infezione, abbiano a rilevarsi delle lesioni renali che richiedono un intervento, non è necessario aspettare che sia avvenuto il parto, perchè nessun pregiudizio apporta all'andamento della gravidanza un atto operatorio.

COLISTRO.

Contributo allo studio delle alterazioni della placenta nell'eclampsia.

(U. SOLI. *Ann. di Ost. e Ginec.*, 1923).

L'A. richiama l'attenzione sulle alterazioni anatomiche della placenta nell'eclampsia, facendo rilevare che esistono in proposito notizie scarse e frammentarie, tali da non poter avere un'idea esatta del quadro anatomico. Ha esaminato perciò 15 placente di eclamptiche (tutte primipare) e, come controllo, 30 altre placente di donne, primipare e multipare, normali o affette da processi morbosi, come la sifilide e l'albuminuria. Egli viene alla conclusione che nella placenta delle eclamptiche è dato costantemente riscontrare una così intensa congestione dei villi da costituire, il più delle volte, un quadro caratteristico; congestione che si può presentare sotto forma diffusa e a focolai.

Osserva inoltre che tale reperto si può riscontrare pure, con minore frequenza ed intensità, nelle albuminuriche, manifestando la sua impressione che dalle lesioni, meno costanti e meno gravi dell'albuminuria, si può passare a quelle più gravi e più costanti dell'eclampsia, analogamente ai fatti clinici.

Sul meccanismo patogenetico delle lesioni formula l'ipotesi che si possa trattare d'un'alterazione primitiva dei capillari, dovuta ad una sostanza tossica circolante nel sangue, che avrebbe una spiccata azione sulle pareti di essi.

Attribuisce poi lo sviluppo dell'eclampsia al passaggio del sangue fetale direttamente nel sangue materno, dove agirebbe come un'albumina eterogenea.

Come avverrebbe il passaggio? Secondo il suo modo di vedere non sarebbe necessario, come altri afferma, la rottura dei vasi dei villi, esistendo la possibilità d'un passaggio per diapodesi, dato lo stato di congestione e di dilatazione dei vasi medesimi e dato che, istologicamente, rimane difficile dimostrare una rottura dei capillari.

In conclusione l'eclampsia non sarebbe che una manifestazione anafilattica, dovuta al passaggio del sangue fetale nel sangue della madre che verrebbe perciò sensibilizzata, quantunque una tale ipotesi sia fortemente combattuta, specialmente da Goldzieher.

COLISTRO.

Azione dei traumi e dei tentativi d'aborto nella formazione delle anomalie e dei mostri.

(A. FEIL. *Paris médical*, n. 25, 23 giugno 1923).

Poco si sa oggi sulla causa prima degli arresti di sviluppo che determinano le anomalie e le mostruosità. A seconda delle idee correnti e delle tendenze personali si invoca un'origine meccanica o più spesso si pensa ad una causa microbica o tossica. Volgarmente invece si dà peso al trauma o ad un'azione psichica. L'azione psichica non riposa su alcuna base seria; il trauma perchè agisca deve verificarsi nei primi 3 o 4 mesi di gravidanza, ma proprio allora l'utero protetto com'è dalla sinfisi pubica, è meno accessibile ed inoltre il trauma violento ha un'azione troppo rapida perchè sia capace di determinare un vizio di sviluppo, esso è piuttosto capace di determinare l'aborto o il parto prematuro.

Un intervento meccanico meno violento, ma più duraturo, una pressione, ad es.: può invece avere azione nel feto. Questa pressione può essere d'origine uterina o determinata da un arresto di sviluppo degli involucri fetali: di solito l'amnios.

L'idea di dare una parte importante alle contrazioni uterine nella genesi delle anomalie è antichissima e più recentemente fu sostenuta anche dal Cruveilhier; ma è ormai certo che le contrazioni uterine sono solo capaci di determinare l'aborto. Le esperienze di Dareste invece danno per certo che le anormali disposizioni delle membrane fetali hanno una parte importante nella genesi di alcune anomalie.

Tra le altre cause d'invocabili le più facilmente comprensibili sono i tentativi d'aborto, coscienti o no, ripetuti senza risultato.

L'ipotesi non è nuova. I primi elementi di essa si trovano, corredati da esempi assai caratteristici nei quali ogni volta è rilevabile una coincidenza tra il momento in cui s'è dovuta costituire la mostruosità e la data del

tentativo d'aborto, nel Trattato di Isidoro Geoffroy St. Hilaire su *Les Anomalies de l'organisation*. Martin nella sua Histoire des moustres fa del pari allusione ai tentativi di aborto.

Quest'azione è assai verosimile e trova un appoggio nelle esperienze di Dareste che dalle uova di gallina, dopo azioni meccaniche (scosse, percussioni, azione di temperature variabili) ottenne quasi a volontà una folla di mostri.

Köllicher completò queste ricerche mostrando l'azione delle cause chimiche, Chabry nelle ascidie mediante punture ottenne mostruosità localizzate.

M.me Nageotte riprendendo l'ipotesi di Geoffroy St. Hilaire sull'azione dei tentativi abortivi nella genesi delle mostruosità cita numerosi casi in cui sembra esista un netto rapporto tra le malformazioni e i detti tentativi, fatti questi che possono spiegare la presenza di anomalie congenite in bambini robusti e senza tare.

Sarebbe eccessivo generalizzare, come si costituiscano le anomalie e i mostri in gran parte è ancora ignoto, i fatti indiscutibili sono eccezionali, tuttavia appare verosimile, tra tutte le cause invocate, meccaniche e patologiche, riservare un posto anche di una certa importanza ai tentativi d'aborto.

PALLADINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

KUND FABER. *Die Krankheiten des Magens und Darmes*. Berlin, J. Springer, ed., 1924. Dollari 3.60.

È la traduzione in tedesco del trattato danese: trattato di piccola mole ma denso di considerazioni e che condensa lo stato attuale delle questioni di gastro-patologia.

Il libro è scritto sia per studenti che per medici: ha un carattere essenzialmente pratico, giacchè sono evitate tutte le discussioni patogenetiche non basate su dati sicuri.

La diagnostica è bene svolta, sopratutto la radiologica e vi troviamo un vasto riassunto dei lavori di Fornell sull'anatomia radiologica dello stomaco e dei lavori di Akerlund sulla radiologia del duodeno.

Dal punto di vista clinico sono ben tratteggiati quadri morbosi che non trovano considerazione sufficiente negli altri trattati. Accenno per esempio al cardiospasmo, alle paralisi acuta e subacuta dello stomaco, ecc.

La trattazione della terapia, pur essendo concisa, mette al corrente di tutti i progressi recenti.

L'edizione è veramente di lusso e la ricchezza delle incisioni aiuta molto nella lettura del testo.

P. A.

P. COHNHEIM. *Die Krankheiten des Verdauungskanals*, 4ª edizione. Berlino, Karger, 1923.

In pochi anni siamo già alla quarta edizione del trattato di Cobuheim che in piccola mole rappresenta lo stato attuale della patologia gastro-intestinale.

Il trattato di Cobuheim pur non essendosi emancipato dall'influenza del chimismo gastrico come fattore essenziale nella patogenesi del disturbo gastrico, è importante per il medico pratico, perchè, accanto ad un chiaro schematismo utilissimo in questo periodo di transizione della patologia gastro-intestinale, dà notevole importanza alla terapia.

L'A. ha raccolto in questo piccolo trattato le lezioni che da molti anni va dettando nel suo affollato ambulatorio.

Le scarsezze di considerazioni dottrinali è compensata dall'indirizzo realmente pratico dell'orientamento diagnostico e terapeutico.

Non è trascurato anche il metodo radiologico e l'endoscopico, senza che esso partecipi alle esagerazioni di molti specialisti.

In questa nuova edizione è bene tratteggiata l'esperienza della guerra specialmente per quel che si riferisce alla dissenteria e alle forme postdissenteriche. Essa quindi troverà la buona accoglienza che hanno già avuto le edizioni precedenti.

P. A.

C. WEGELE. *Die Therapie der Magens und Darmerkrankungen*. Jena, G. Fischer, editore, 1923.

Siamo già alla quinta edizione del trattato di Wegele che può considerarsi la più completa monografia sulla terapia delle affezioni gastriche e intestinali.

Il lavoro ha subito una notevole trasformazione formale e sostanziale dalla edizione precedente, dati i grandi progressi ed il notevole cambiamento d'indirizzo che si è avuto nel campo della terapia delle malattie dell'apparato digerente. Sopratutto la parte delle indicazioni chirurgiche trova ampio svolgimento. Questo rappresenta un vantaggio rispetto agli altri trattati che vanno attualmente per le mani dei medici generali. Le indicazioni operatorie debbono interessare molto da vicino il medico pratico che non può affidarsi cecamente al chirurgo.

Il trattato è diviso in due parti: nella prima si parla di terapia generale e trovano una esposizione critica sia le regole generali dietetiche che di terapia fisica e medicamentosa. In un lungo capitolo vengono svolte le indicazioni operative e vengono riferiti i risultati basati su abbondanti dati statistici dei vari autori, infine è svolta la terapia speciale delle malattie gastriche e intestinali.

L'abbondanza delle citazioni bibliografiche rende il trattato di Wegele indispensabile per chi si accinga a scrivere di argomenti di terapia dell'apparecchio digerente.

P. A.

L. MEUNIER. *L'état dyspeptique*. Parigi, Masson et C., editori, 1923. Fr. 8.

È uno dei manuali della collezione di attualità mediche che hanno lo scopo di mettere al corrente i medici delle questioni che sorgono giorno per giorno in virtù dei progressi della scienza medica.

L'A. lumeggia in questa densa monografia i punti meno considerati nei trattati classici in una maniera veramente originale.

Così, per esempio, un capitolo interessante ed oscuro della patologia gastrica qual'è quello dei rapporti tra disturbi subiettivi gastrici e stato della secrezione e della motilità è trattato con modernità di vedute e con considerazioni desunte da una ricca serie di osservazioni.

Anche originale è l'interpretazione dell'aerofagia considerata come meccanismo di difesa.

Anche dal punto di vista terapeutico esistono delle vedute nuove (sia dal punto di vista dei medicamenti, che della dietetica e della terapia fisica) che è opportuno che i medici conoscano se vogliono emanciparsi dall'ingombrante armamentario terapeutico spesso inutile di cui sono ricchi tutti i trattati di patologia gastrica.

La monografia è in bella veste tipografica ed è illustrata da 37 figure e schemi.

P. A.

H. STRAUSS. *Erkrankungen des Rektus und Sigmoideum*. Berlino e Vienna, Urban & Schwarzenberg, editori, 1923.

Discutere sull'importanza che ha oggi assunto la patologia del retto e del sigma è oramai superfluo. Lo Strauss in una splendida monografia con 80 figure ed 8 tavole colorate ha raccolto in forma sintetica e chiara tutto ciò che la ricerca medica ha definitivamente assodato.

Il lavoro dello Strauss interessa non solo i medici ed i chirurgi generali ma anche i ginecologi e gli urologi. Per gli specialisti delle malattie gastro-intestinali poi rappresenta un sussidio indispensabile.

Ai progressi della diagnostica delle malattie dell'ultima funzione del tubo digestivo, dove l'esame radiologico non presenta quel valido aiuto che dà nella diagnostica dell'esofago e dello stomaco, molto ha contribuito l'indagine sigmoscopica a cui l'A. dà un notevole sviluppo.

Egli non trascura però la trattazione della parte anatomica e fisiologica ed anatomo-patologica.

Anche la parte clinica è bene svolta colla competenza che all'autore è propria.

Il volume dello Strauss può quindi a ben ragione considerarsi un trattato completo che segna una tappa notevole nel progresso della patologia intestinale.

P. A.

A. MONTANARI. *L'intestino crasso prossimale*. Cappelli, ed. Bologna. L. 20.

L'A. col suo lavoro che ha per sottotitolo: *Semeiologia radiologica,* ha colmato una lacuna nel campo radiologico e il lavoro si impone non solo per l'amore con cui è compilato e per la ricchezza e nitidezza di radiografie che sono accluse largamente nel libro, ma per l'originalità stessa con cui il lavoro è impostato e per aver tenuto largamente conto dei lavori italiani.

L'A. allievo del Busi dopo avere in un capitolo preliminare parlato dell'anatomia radiologica del crasso prossimale la cui funzione come è noto è del tutto particolare e caratteristica e si differenzia per molte ragioni anatomiche e funzionali dal restante intestino crasso studia la fisiologia di questa parte dell'intestino nei suoi singoli fattori che contribuiscono alla progressione delle feci e passa poi ad illustrare, con radiografie del tutto originali, le affezioni della meta prossimale del crasso: alterazioni di sede; alterazioni di grandezza; alterazioni di forma; alterazioni di mobilità passiva; modificazioni della peristalsi e del tono.

Il lavoro del Montanari potrà essere utile per tutti e per il radiologo che troppo spesso trascura la parte fisiologica per la patologica per cui tuttavia la prima ne è fondamento; e per il medico e per il chirurgo che potranno sulla scorta di radiografie numerose e originali avere non una nozione imperfetta ma una conoscenza precisa e moderna di quella che è la funzione del crasso studiata radiologicamente

MILANI EUGENIO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Meningite acuta con associazione tubercolo-meningococcica.

Questa associazione è conosciuta, ma poco frequente: a volte le due infezioni meningee sono simultanee: i segni clinici sono quelli di una meningite acuta, ed all'autopsia si trova la coesistenza di lesioni tubercolari e di essudati meningococcici. A volte la meningite tubercolare esordisce, e la infezione meningococcica si aggiunge in secondo tempo o senza speciale reazione dell'organismo, o con l'aggravamento dei sintomi esistenti. Altre volte infine aprono la scena i segni della meningite cerebro-spinale e dopo un miglioramento ottenuto con la sieroterapia, si ha una ripresa dei segni meningei, che portano a morte e che si constata essere dovuti a meningite tubercolare. (Ch. Dopter. *L'infection meningococcique*, Paris, 1921).

Ordinariamente in questi casi le lesioni tbc. sono lievi ed il bacillo di Koch non si trova nel liquor in vita.

La diagnosi dell' associazione tubercolo-meningococcica è di un grande interesse, specie per la prognosi.

Achard, S. Bloch e Marchal riferiscono sopra un caso che per il suo esordio insidioso faceva dubitare una mng. tbc. Ma la ricerca del Bacillo di Koch nel liquor fu sempre negativa: per contro vi era polinucleosi abbondante con scarsi meningococchi. La sieroterapia diede un lieve miglioramento. All'autopsia si trovò un essudato meningeo solamente sieroso e non purulento, con qualche granulazione tubercolare delle meningi ove il bacillo di Koch era presente. In più i polmoni erano infarciti di granulazioni miliari.

(*Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3 aprile 1924).

PERSIA.

Meningiti sifilitiche.

F. Vitale (*Riforma medica*, 21 genn. 1924) nel presentare un malato con meningite sifilitica la quale aveva colpito isolatamente l'abducente e la branca masticatoria del trigemino, fa rilevare che, contrariamente a quanto si riteneva in passato, la meningite basilare non è solo di natura tubercolare, ma può anche avere origine sifilitica. Si possono avere in questa degli aggruppamenti patologici, che vanno sotto il nome di diversi autori che li hanno descritti e cioè sindromi di Avellis, di Jackson, di Vernet, di Collet e Sicard. Nel caso dell'A. l'alterazione del ramo motore del trigemino senza alterazione della sensibilità faceva pensare ad un processo meningitico gommoso, o ad una piccola placca meningitica, comprimente il tronco motore all'uscita del ponte e determinante solo una lieve compressione del trigemino sensitivo.

Per quanto riguarda la febbre, che il malato dell'A. aveva serotina, a tipo intermittente, oscillante dai 37°,4 ai 38°, è comune nozione che essa sia frequente nella sifilide primaria e secondaria in cui può manifestarsi a tipo continuo, intermittente, discontinuo e simulare diverse infezioni. Il caso in esame si iniziò con una cefalea ostinata, sicchè l'A. ritiene opportuno di far rilevare che una cefalea intensa e prolungata, che non abbia la sua spiegazione in una lesione renale, debba far pensare alla eventualità di una meningite sifilitica.

fil.

Difficoltà nella diagnosi dei tumori del corpo pineale.

P. Brusa (*Riv. di clinica pediatrica*, 1924, n. 2) riferisce ed illustra l'osservazione di un bambino di tre anni, che presentava una sindrome di ipertensione endocranica senza fenomeni a focolaio indicanti una particolare e localizzata lesione encefalica. Mancava del tutto la sindrome caratteristica dei tumori epifisarî, che va sotto il nome di macrogenitosomia precoce. L'esame istologico dimostrò trattarsi di un sarcoma parvicellulare, che aveva invaso in gran parte l'epifisi, pur lasciando una buona zona di tessuto pineale apparentemente ben funzionante.

L'osservazione di questo caso e l'esame della letteratura relativa dimostra che i tumori pineali nei bambini, specie se non molto voluminosi, non danno segni clinici della loro localizzazione e che può mancare la sindrome endocrina attribuita a disfunzione epifisaria. Tale sindrome starebbe probabilmente in rapporto soprattutto con la natura del tumore e sarebbe provocata solo dai teratomi, dagli adenomi, dai tumori neuroepiteliali, analogamente a quanto accade per la ipofisi nei rapporti con l'acromegalia ed il gigantismo.

fil.

Sclerosi multipla e salvarsan argentico.

W. Schmitt (*Munch. Mediz. Woch.*, 1924, 8) rileva come, dopo che Dreyfus nel 1919 ebbe ottenuto buoni effetti colla cura del Silbersalvarsan in molti casi di sclerosi multipla, venne in luce una lunga serie di risultati favorevoli.

Specialmente Kalberlah, che associò alla cura anzidetta delle iniezioni di chinino ed ure-

tano, porta una statistica di 52 casi, differenti per gravità e quadro sintomatico.

Egli vide un miglioramento accentuato dei fenomeni atassici e paralitici nei casi più antichi e addirittura una scomparsa dei primi sintomi di alterazione motoria nei casi recenti; nessun risultato potè verificare nelle forme nelle quali erano già installati i sintomi mentali (demenza, euforia, disturbi della parola). Di tutti i casi trattati la diagnosi clinica non era dubbia e la sifilide era assolutamente da escludere sia dal lato anamnestico, sia dal reperto nel siero e nel liquido cerebro-spinale.

La ragione fondamentale di questa terapia risiede sulla ipotesi della natura infettiva di essa, sostenuta da Oppenheim e Strassburg ed altri autori tedeschi e francesi: l'agente eziologico sarebbe là « Spirocheta argentinensis ».

La sclerosi multipla ha molti punti di contatto colla tabe dorsale specialmente dal punto di vista delle azioni terapeutiche degli arsenobenzoli. Nella tabe le forme che più si giovano di questa terapia sono quelle prevalentemente meningee con alterazione del liquor, mentre le forme parenchimatose-degenerative che non raramente si associano ad un liquor normale, sono refrattarie alla medicazione salvarsanica.

Orbene, nella sclerosi multipla pur essendo prevalenti le alterazioni infiammatorie parenchimatose, anche le meningi partecipano spesso al processo morboso, con ispessimenti ed aderenze ed alterazione del liquor (Nonne positiva - Pandus positiva, ecc.), perciò mentre l'azione terapeutica agisce efficacemente sulle alterazioni meningitiche, essa difficilmente può penetrare nel parenchima nervoso, come avviene nella tabe per le condizioni circolatorie alterate che ostacolano la penertazione del rimedio nei focolai morbosi più profondi.

A. VALENTINI.

Il trattamento dell'epilessia.

L. Neuberger (*Journal des praticiens*, 10 maggio, 1924) ritiene che, salvo casi del tutto particolari, l'epilettico possa essere trattato in famiglia. Nel regime si provvederà al riposo, alla soppressione degli eccitanti, compresi il caffè e le droghe, ad un dieta scarsa di purine. I sedativi e gli ipnotici, di cui non ci si può privare all'inizio, saranno scelti fra gli agenti fisici (idroterapia tiepida). Come medicazione anticonvulsiva, esclusi i casi in cui l'eziologia può riferirsi alla sifilide ed alla compressione, l'A. sceglie i seguenti: 1) *I bromuri;* agiscono più prontamente e più direttamente sugli accidenti psichici e riescono assai bene nei vecchi. Con l'uso di un regime ipoclorurato, si possono evitare le alte dosi; la depressione cerebrale si combatte con l'arsenico. Si possono dare le seguenti formole: *a*) bromuro di potassio g. 12; bromuro di sodio e di ammonio, benzoato di sodio ana g. 6; acqua distillata q. b. per g. 400; un cucchiaio contiene g. 1,80 di bromuro; *b*) bromuro di potassio g. 15; bromuro di calcio g. 5; (oppure, invece di questi due, bromuro di stronzio g. 20); arseniato di sodio cg. cinque; acqua distillata g. 280. Un cucchiaio contiene un grammo di bromuro; *c*) sedobrol 3-6 cubi al giorno in brodo non salato.

2) Il *gardenal* a dosi di una compressa e mezza al giorno ed il *luminal* possono essere continuati a lungo. I malati sono però presi da torpore che si può vincere con l'uso di caffeina. Si deve evitare una sospensione brusca del gardenal, altrimenti si va incontro alla recrudescenza passeggera degli accidenti convulsivi.

3) Il *tartrato sodico-potassico* o meglio *borico-sodico* è bene utilizzato somministrandolo in dosi di 1-3 grammi nei periodi ultimi del trattamento, dopo la sospensione del gardenal.

All'inizio si danno al malato delle dosi piccole ed uniformi, raccomandandogli di segnare giornalmente le diverse crisi; si vede allora che esiste una vera epoca parossistica (per le donne corrispondente al periodo mestruale) di cui si possono prevenire gli accidenti, aumentando gradatamente le dosi in modo da far coincidere le dosi forti con i giorni precritici. In seguito si arriva a ridurre la frequenza e l'intensità degli accessi e si diminuisce allora la dose del medicamento per arrivare alla minima utile, la soglia del medicamento. In seguito le oscillazioni e le fluttuazioni delle crisi esigono però un certo controllo del medico curante. *fil.*

Cause e trattamento della brachialgia.

La brachialgia viene descritta dal paziente come un dolore ad uno o ad entrambe le braccia, intermittente, con irradiazione al collo, alle braccia, lungo il tragitto dei nervi di senso. Vi è anche una sensazione di intorpidimento alle dita; il dolore può essere tanto forte da impedire ogni lavoro. Fra l'uno e l'altro attacco, il braccio viene sentito torpido e pesante. La condizione può diventare cronica specialmente se si mettono in opera delle cure inadatte, come il massaggio vigoroso.

Si osserva dolorabilità non però di grado elevato, alla pressione sui tronchi nervosi e sul plesso brachiale sopra la clavicola; i movimenti di estensione non sono dolorosi, invece il dolore è forte quando il braccio è esteso in senso verticale; raramente si hanno come conseguenze atrofia muscolare o perdita di sensi-

bilità. In qualche caso, I. Hedenius (*Acta med. scandinava*, 1924, pag. 114) ha osservato aumento di acido urico nel sangue.

Per quanto riguarda il trattamento, è anzitutto necessario impedire ogni movimento attivo, applicando magari anche una doccia; una volta al giorno, si faranno movimenti *passivi* di tutte le articolazioni del braccio e delle dita. Il caldo è molto utile e si applicherà molto cotone; talvolta fanno bene dei linimenti; in caso di gotta può essere utile una cura di atofan. Anche l'antipirina, la fenacetina, l'aspirina, i bromuri possono calmare il dolore. Nella convalescenza è indicato il massaggio fatto con molta prudenza ed abilità ed associato ad esercizi. La prognosi in generale è buona. *fil.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

La morfologia sanguigna nel vaiuolo.

È stata segnalata nel periodo eruttivo del vaiuolo la mononucleosi relativa. Dalle osservazioni di J. Sabrazès e di C. Massias (*Archives des maladies du coeur*, nov. 1923) si deduce che tale mononucleosi può decomporsi, all'acme dell'eruzione, in una specie di crisi sanguigna di mieloemogoni, di mieloblasti, di cellule irritative di Türk, di mielociti ed in una monocitosi vera accompagnata da linfocitosi. In seguito la monocitosi e la leucocitosi si accentuano e particolarmente quest'ultima nel periodo di declinazione e di convalescenza.

Si osserva un'anemia emolitica di ordine tossico; si notano emazie granulo-reticolate, basofile, normoblasti, iperleucocitosi, deviazione verso sinistra dell'immagine nucleare, inclusioni basofile nei polinucleari, persistenza di eosinofili. Queste caratteristiche possono essere di aiuto nella diagnosi con le forme infettive eruttive, con la varicella, ecc. Nella vaioloide le reazioni ematologiche sono meno nette e quindi non possono servire per la diagnosi.

Gli AA. consigliano di studiare anche l'ematologia dell'alastrim in modo da aggiungere un altro elemento per una migliore conoscenza di questa malattia. *fil.*

Ossiuri ed eosinofilia.

W. Th. Schmidt (*Münch. med. Wochens.*, 20 aprile 1923) ha determinato i rapporti fra ossiuri ed eosinofilia mediante esperienze fatte su sè stesso. La prima volta egli ingerì tre ossiuri femmina, determinando poi ogni cinque giorni la formola leucocitaria. Dopo cinque settimane, e 15 giorni dopo la comparsa dei primi sintomi, egli rilevò la emissione di ossiuri e prurito anale; la eosinofilia salì dal 3 % al 20 % per ricadere alla normale dopo un mese, malgrado la presenza di parassiti nelle feci. In tale momento l'A. si infestò nuovamente; dieci giorni dopo, prurito vesperale alla regione anale, sensazione di debolezza generale e di inattitudine al lavoro; quattro settimane dopo la nuova infestazione, l'eosinofilia era risalita dal 3 % al 15 %. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Glicosuria e diabete. — Al dott. O. C., abbonato n. 2363:

La distinzione fra glicosuria e diabete appare chiara quando si ponga mente che, mentre il diabete è una sindrome clinica, la glicosuria non è che un fenomeno che può trovarsi nel diabete, ma può anche essere riferibile ad altre cause. Occorre quindi risalire al meccanismo col quale si produce la glicosuria, studiando il comportamento dello zucchero, rispettivamente degli idrati di carbonio introdotti nell'organismo. Nell'individuo normale, l'ingestione di glucosio è seguita in poco più di mezz'ora dall'aumento dello zucchero del sangue, che da 0,1 % sale a 0,17-0,18 ritornando alla norma entro 1-2 ore dall'inizio. Ora non si ha glicosuria fino a che la glicemia non oltrepassa questo valore di 0,18 % che rappresenta la *soglia renale per lo zucchero*. L'assenza di glicosuria però non indica necessariamente una glicemia inferiore al 0,18 %, poichè, specialmente in individui vecchi, la soglia può essere elevata al 0,3 %. Viceversa questa può abbassarsi ed allora si ha glicosuria pur senza che la glicemia oltrepassi 0,18. È questo il caso che si verifica nella glicosuria sperimentale da florizina, nella gravidanza, specialmente negli ultimi mesi, ed anche nella così detta glicosuria renale, condizione che sembra tutt'altro che rara e che si osserva talora nei membri di una stessa famiglia. Negli alcoolisti la glicosuria può persistere per diverso tempo e scompare con l'astinenza. Fra le altre condizioni che possono dare glicosuria, sono da menzionarsi le lesioni cerebrali, l'ipoglicolisi muscolare (insufficienza di esercizio), i disturbi endocrini specialmente nel senso dell'ipertiroidismo, e forse il fattore emozionale. Invece può escludersi in linea generale una glicosuria strettamente alimentare, tenuto conto che, nella prova dell'ingestione, la curva della glicemia non muta con l'aumentare da 50 a 250 grammi la quantità di glucosio ingerito. Quella che generalmente si chiama glicosuria alimentare può considerarsi come conseguenza di uno sforzo eccessivo fatto subire al meccanismo dell'elaborazione degli idrati di carbonio, con la ingestione esagerata e continuata di tali sostanze e l'individuo che

ne è affetto può considerarsi come un diabetico in potenza.

Ben diverse da quelle sopra accennate sono le condizioni nel vero diabetico, il quale ha la incapacità specifica di attaccare la molecola del glucosio. Questo rimane nel suo organismo allo stato di cristalloide (e non di colloide come nel normale) e, come tale, non è utilizzabile dai tessuti, eleva la pressione osmotica del sangue e determina la poliuria e la sete. Nella prova dell'ingestione di glucosio, si vede che la glicemia si eleva di molto (0,3 % e più) e non ritorna — o solo assai tardi — alla norma. È appunto questo ritardo che è caratteristico poichè, p. es., nei casi iniziali, quando la glicosuria è intermittente, la glicemia può anche non oltrepassare la soglia renale, ma permane a lungo elevata invece di ritornare alla norma entro un paio di ore.

Il semplice reperto di una glicosuria in un individuo altrimenti normale, non deve quindi far concludere per diabete, ma solo mettere sull'avviso per procedere alle indagini necessarie, determinando la glicemia e la tolleranza ai carboidrati allo scopo di accertare se si tratti realmente di diabete o di semplice glicosuria transitoria. FILIPPINI.

Coefficiente urologico di Bouchard. — Al dott. P. S., da Pacentro:

Come coefficiente urologico di Bouchard si indica solitamente il rapporto fra la quantità totale e quella delle sostanze solide dell'urina, valore, quest'ultimo, che si può dedurre dal peso specifico. Bouchard ha stabilito che, per una quantità quotidiana di urina di cmc. 1350, il peso specifico normale è 1019. Albarran e Debains dànno la seguente tabella:

Quantità di urina nelle 24 ore in cmc	Peso specifico
840	1032
900	1030
970	1028
1040	1026
1130	1024
1250	1022
1350	1020
1500	1018
1700	1016
1930	1014
2250	1012
2700	1010
3000	1009

Tale rapporto è di notevole importanza per riconoscere l'insufficienza renale, che è indicata da un peso specifico molto basso in assenza di poliuria, a meno che non si tratti di casi a ricambio molto depresso. Ma il rapporto fra peso specifico e quantità totale può essere conservato, avendosi ugualmente insufficienza renale. Di fatto, all'inizio della forma che va sotto il nome di cirrosi renale, il rene compensa la diminuita capacità di concentrazione, eliminando una maggiore quantità di urina, sicchè il rapporto indicato nella tabella rimane costante. La dimostrazione dell'insufficienza si raggiunge ricercando la capacità di concentrazione, mettendo cioè il paziente a regime secco e tenendo conto del massimo peso specifico raggiunto nelle singole porzioni di urina e del tempo in cui esso viene raggiunto. Si vede che in tali casi è perduta la facoltà di adattamento del rene ed il peso specifico che era p. es. di 1011 sale soltanto fino a 1015-1018, invece che a 1030 come nel normale, la diuresi diminuisce di poco e l'individuo diminuisce di peso fino anche di un kg. per la mobilizzazione degli edemi.

Bouchard ha stabilito altri coefficienti urinari, fra cui quello a cui egli annetteva maggiore importanza specialmente per lo studio del bilancio nutritivo, è il rapporto fra il carbonio urinario totale e quello dell'albumina distrutta. Tale rapporto allo stato normale è di 0,18-0,33.

FILIPPINI.

Al dott. C. V. da S.:

Non formuliamo apprezzamenti su specialità terapeutiche. R. B.

VARIA

La differenza di potenziale e la vita.

Desfosses (*Presse Médicale*, 1924, n. 12) riassume i concetti sparsi in alcune recenti pubblicazioni tendenti a mettere in evidenza che tutti i fenomeni dell'universo sono l'espressione della differenza di potenziale.

La differenza di potenziale si trova alla base della meccanica, della termodinamica, dell'elettricità.

Il sole, formidabile riserva di energia circondata dagli spazi intersiderali dove regna il freddo assoluto, appunto in ragione di una formidabile differenza di potenziale, può lanciare nell'universo una prodigiosa quantità di energia.

Sulla tera questa energia si estrinseca con una potenza variabile in rapporto all'angolo d'incidenza dei raggi solari sulla superficie

terrestre. Questa potenza è massima quando la direzione dei raggi è perpendicolare e diminuisce gradatamente con la inclinazione fino ad essere minima quando la direzione è tangenziale. In conseguenza ed a causa dei movimenti del globo terrestre la recezione dell'energia solare varia ad ogni momento secondo le longitudini, le latitudini e lo stato dell'atmosfera. Queste variazioni determinano sulla superficie della terra differenze di temperatura, ossia differenze di potenziale generatrici di correnti energetiche.

Le grandi correnti atmosferiche e marine hanno la loro ragion d'essere appunto nel surriscaldamento delle regioni tropicali in relazione alle regioni temperate e glaciali.

L'acqua si solleva dall'Oceano per la differenza di temperatura tra l'aria ed il mare: si trasforma in vapore, si agglomera in nubi, vaga su piani e su monti sotto la spinta del vento, determinato anch'esso da differenza di potenziale termico.

Attratta dal freddo delle cime montagnose precipita sotto forma di neve, mentre più in basso cade come pioggia. A causa delle differenze di livello del suolo scorre in rigagnoli, in ruscelli, in fiumi, o scorrendo nascostamente nel sottosuolo si raccoglie nel fondo delle valli donde fuoriesce sotto forma di sorgenti, e non trova riposo fino a quando non ritorna al mare dal quale è nata. Nella sua corsa vagabonda l'acqua crea sempre forza: forza di distruzione quando impetuosa devasta piani e valli; forza benefica quando domata dall'uomo fa girare la ruota del mulino, la turbina della stazione idro-elettrica e discende più giù nei canali d'irrigazione per portare ai campi coltivati la fecondità e la vita.

Nel suo eterno viaggio l'acqua potrà mescolarsi alla linfa delle piante, al sangue degli animali, ma la sua legge non cambierà mai, obbedendo sempre alle differenze di potenziale.

La concentrazione della linfa nelle foglie produce la forza fisica che pompa l'acqua dal suolo sollevandola a livello dei rami più alti: una soluzione di glucosio al 5 per cento è sufficiente a sollevare l'acqua a 57 metri d'altezza, una concentrazione doppia ad un'altezza doppia.

Oltre a ciò in fisiologia vegetale conviene tenere anche conto della differenza di potenziale elettrica esistente tra la cima di un albero che si trova nell'atmosfera carica di elettricità e le radici che si trovano profondamente nel terreno. Berthelot ritiene che gli effluvi determinati da queste differenze di tensione possono provocare numerose reazioni chimiche, particolarmente la fissazione dell'azoto su gli idrati di carbonio.

Molti studiosi e specialmente Pech hanno rilevate le modificazioni della pressione osmotica sotto l'influenza della corrente elettrica. Ad esempio i muscoli simmetrici prelevati da un coniglio ucciso con la puntura del bulbo aumentano di peso egualmente se si pongono in acqua distillata; ma l'aumento è più considerevole nel muscolo che a mezzo di una corrente sia reso elettricamente negativo in confronto all'acqua.

Analogamente la differenza di potenziale tra l'acqua ed un frammento di muscolo è modificata dall'azione dei raggi ultra-violetti: l'assorbimento dell'acqua è rallentata.

Quando radiazioni agiscono su un sistema osmotico in equilibrio, costituito da due liquidi e da una membrana, lo squilibrano e producono scambi fra i due liquidi se l'assorbimento delle radiazioni da parte dei due liquidi è ineguale.

È questo un fatto considerevolmente importante per lo studio degli esseri viventi e per tutta la chimica biologica. I fenomeni economici della vita delle nazioni sono anch'essi soggetti alla legge della differenza di potenziale.

Le differenze di produzone tra le diverse nazioni, i diversi paesi, i diversi climi, le diverse stagioni sono la ragione di ogni commercio. Le ineguaglianze sociali, le distinzioni onorifiche, il desiderio del lusso, le sollecitazioni della vanità, determinano l'attività dei cittadini avidi di elevarsi nella scala sociale, di spiccare fra i loro contemporanei: questo distinguersi è appunto il produrre fra sè e gli altri una ineguaglianza, una differenza di potenziale.

L'aforisma di Rochefoucauld: « la moderazione è la pigrizia dell'anima, l'ambizione ne è l'attività e l'ardore » è vera fisiologicamente ed intellettualmente per le nazioni come per gli individui. Le anime molli che vegetano senza ambizione sono incapaci di produrre.

Nell'universo intero in fisiologia come in sociologia ogni fenomeno è una manifestazione d'ineguaglianza; l'eterogeneità è il movimento, è la vita; l'omogeneità è la morte.

argo.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

COMINO GIUSEPPE. *Relazione sul 1° anno di esercizio del dispensario antitubercolare in Mondovi.* — Mondovi, C. A. Fracchia, 1923.

DEEKS W. E. *A brief Review of the digestive functions and food requirements for the maintenance of health with particular reference to the Tropics.* — Boston, University Med. School, 1923.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

QUESTIONI PRATICHE.

XLVII. — In quali casi si può chiedere alla G. P. A. la emissione di un mandato di pagamento.

L'art. 220 della Legge com. e prov. disponendo che « quando la Giunta comunale non ispedisca i mandati e non dia esecuzione alle deliberazioni approvate ovvero essa o il Consiglio non compiano le operazioni fatte obbligatorie dalla legge, provveda la Giunta Provinciale Amministrativa » evidentemente ha inteso di supplire all'inerzia delle Giunte e dei Consigli Comunali nell'osservanza della legge con l'azione surrogatoria della superiore autorità tutoria. Ma non ha inteso anche di sostituire questa agli enti locali nel vero esercizio dell'amministrazione e cioè nella determinazione che occorra prendere in speciali affari. Perchè la potestà della Giunta Provinciale possa trovare luogo ad intervenire è necessario che si tratti o del *soddisfacimento di debiti liquidi ed esigibili in ordine ai quali non occorra che la spedizione dei mandati, magari perchè già esistano al riguardo deliberazioni regolarmente approvate, o del compimento di determinati atti, che una disposizione legislativa tassativamente imponga al Comune.* Fuori di tale ipotesi, si è nel campo dell'amministrazione piuttosto che della esecuzione, in un campo cioè in cui la valutazione e quindi anche l'iniziativa e la responsabilità non possono essere lasciate che agli organi ordinari o magari straordinari (Commissari prefettizi e Regi) del Comune, ma non alla Giunta Provinciale Amministrativa.

Non può, quindi, provvedere la G. P. alla emissione del mandato qualora si tratti di domanda di retribuzione per lavoro straordinario.

Così ha deciso la IV Sezione del Consiglio di Stato con decisione 21 giugno 1924, n. 428, ric. Nicotra.

Questa decisione è importante, dal punto di vista pratico, perchè spesso, per costringere i Comuni inadempienti, gli interessati si rivolgono all'autorità tutoria. Ora, prescindendo dalla pressione indiretta che, in circostanze speciali, la Prefettura può esercitare per indurre i Comuni ad eseguire determinati pagamenti o a compiere atti che si ritengano obbligatori, la domanda all'autorità tutoria, in quanto non si possa giovare di favorevoli *inclinazioni* e tenda unicamente ad eccitare l'esercizio del potere surrogatorio previsto nell'art. 220 della legge comunale e provinciale, deve essere contenuta entro i limiti indicati nella decisione: deve cioè riferirsi al pagamento di debiti liquidi ed esigibili o ad atti obbligatori per legge.

Fuori di questi casi, se si tratti cioè di pretese controverse, si deve agire in sede giurisdizionale, a seconda della competenza per materia.

Non escludiamo che talvolta possa convenire un tentativo preliminare, anche fuori dei casi rigorosamente stabiliti; ma non bisogna perdere di vista la via che conduce all'organo competente, per non esporsi ad inutile e lungo ritardo.

Si deve tener presente, inoltre, che le domande dirette al pagamento di somme di denaro (per es. per indennità o compensi) sono di competenza dell'autorità giudiziaria ordinaria e che la retribuzione per lavori straordinari può essere domandata in base ad un atto dell'amministrazione (capitolato, deliberazione o, in genere, provvedimento emanato da un organo competente) dal quale risulti l'incarico della prestazione straordinaria.

XLVIII. — Badare alla forma nei concorsi!

Annullata la graduatoria di un concorso all'ufficio di medico condotto, per mancata valutazione di un titolo (nella specie, certificato attestante l'approvazione conseguita negli esami di concorso al posto di assistente presso una Clinica ostetrica) si deve ritenere illegale la seconda graduatoria se, prodotto dallo stesso ricorrente un altro certificato di data posteriore, per lo stesso titolo, certificato difforme dal primo ma concernente il risultato dello stesso esame, dal verbale della Commissione giudicatrice del concorso non risulti espressamente essere stato valutato fra gli altri anche questo titolo, cioè « il contenuto del documento, il cui valore si sostanziava nell'approvazione conseguita negli esami di concorso, approvazione che in sè e per sè rappresenta un titolo di idoneità meritevole di apprezzamento tecnico ».

Questa massima si ricava dalla decisione 21 giugno 1924, n. 472 ,della IV Sezione del Consiglio di Stato.

Non è inutile segnalare il caso deciso.

La prima graduatoria era stata annullata perchè dal verbale non risultava essere stati considerati alcuni titoli del concorrente dottor Melillo, fra i quali un attestato 26 ottobre 1920 concernente gli esami sostenuti per il concorso al posto di assistente di laboratorio presso la Clinica ostetrica di Napoli. Nella seconda fase,

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico

cioè per la nuova graduatoria, il dottor Melillo presentò un certificato 17 aprile 1923 concernente lo stesso esame di concorso. Nel verbale della Commissione, per la seconda graduatoria, era detto così: « da un attestato recante la data 17 aprile 1923, epperò presentato oggi per la prima volta, risulta che in un concorso al posto di assistente di laboratorio.... risultò classificato secondo; non è detto quanti erano i concorrenti nè i voti riportati ».

La IV Sezione ha detto che il titolo, efficace per sè stesso in quanto era indice di un'approvazione, non era stato valutato, e quindi ha ordinato che sia rifatta graduatoria « motivata » in base a tutti i titoli che furono presentati nel termine originario stabilito dall'avviso del concorso.

Prescindiamo del caso speciale. Importa, invece, rilevare, per esso e con riferimento alle altre decisioni già segnalate in questa rubrica, che la IV Sezione segue un indirizzo rigoroso circa la legalità formale dei concorsi.

Si deve riconoscere che le Commissioni, forse perchè preoccupate più della sostanza che della forma o talvolta per superficiale considerazione dell'una e dell'altra, procedevano molto sommariamente nella esposizione formale dei giudizi. Il Consiglio di Stato ha posto un freno agli eccessi di sommarietà formale. È discutibile se e sino a qual punto il sindacato di legittimità sia sufficiente a garantire la *sincerità* e la *serietà* dei concorsi; è anche dubbio se il rigore formale non si risolva talvolta in un pregiudizio della *valutazione*, che potrebbe esserne o meccanizzata o impacciata; è forse preferibile all'*eccesso* del rigore formale o un sindacato più ampio, che consenta di apprezzare in sede di controllo la essenza del giudizio o un ordinamento meglio adatto al fine della sincerità dei concorsi; ma, in ogni caso, dati i criteri stabiliti sin ora dalla giurisprudenza amministrativa, sembra necessario che le norme concernenti i concorsi siano rivedute e, almeno, siano date frattanto istruzioni agli organi competenti per evitare frequenti annullamenti che sono cagione di danno al servizio e ad interessi privati.

Questa materia è, senza dubbio, assai delicata e difficile a disciplinare. Condizione essenziale è, in ogni caso, la probità dei Commissari, ma poichè non è ammissibile un'attribuzione assolutamente insindacabile che non debba essere esercitata mediante forme controllabili dal punto di vista della legittimità e, d'altra parte, gli eccessi formali possono degenerare in formalismo arido, è necessario che le norme regolatrici siano *certe* e *chiare* e siano osservate rigorosamente e con ponderazione dalle Commissioni e, d'altra parte, siano applicate con misura in sede di controllo, per evitare — come dicemmo — che i giudizi siano meccanizzati o compressi e che alla forma sia sacrificata la sostanza, cioè la finalità concreta che è quella di accertare capacità tecniche effettive e non di assegnare voti ad un qualsiasi titolo.

Con la decisione qui riassunta la IV Sezione richiede una relazione « motivata ».

Ma l'art. 35 del regolamento sanitario 19 luglio 1906 dispone soltanto che « la Commissione, dopo formata la graduatoria di tutti i concorrenti, designerà per la nomina quelli soltanto dei concorrenti stessi, che avranno conseguito 27 punti su 30, indicandoli per ordine di merito. Non vi si richiede espressamente una motivazione, ma si può ritenere che implicitamente sia prescritta.

Senonchè, sorge a questo punto un quesito di precisazione: che cosa si vuole intendere con una espressione così vaga e così ampia? Motivare significa esporre le ragioni di una opinione o di un giudizio. Ma, trattandosi di una designazione di merito che presuppone un processo di formazione lungo e complesso, *non disciplinato dalla legge*, il quale va dai criteri generali circa il valore dei titoli sino alla valutazione concreta e specifica dei singoli titoli e all'accertamento del merito assoluto e comparativo, non basta richiedere genericamente una relazione « motivata ».

La indeterminatezza si risolve, in questo caso, in una grave incertezza e in una fonte di possibili errori, per difetto o per eccesso.

Queste osservazioni non ci sembrano inutili anche perchè è in corso di elaborazione il regolamento sanitario, reso necessario dalle nuove norme del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889.

XLIX. — Un caso di licenziamento illegittimo in applicazione del R. D. 27 maggio 1923.

È illegittimo il licenziamento di un medico condotto (nella specie, per deliberazione di un Commissario prefettizio) in applicazione del decreto 27 maggio 1923, n. 1170, qualora tale provvedimento non sia l'effetto di riduzione di posti di organico.

(Consiglio di Stato, Sez. IV, decisione 31 maggio 1924, n. 360, ric. Caputi dott. Mario).

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina, 14 - Roma (6).

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Una specialità che muore: la dermo-sifilopatia.

Mentre per combattere il disordine professionale e la pletora degli pseudo-specialisti si va facendo strada l'idea di determinare con più severe norme le attribuzioni del titolo di Specialista, è ormai giunto il momento di procedere anche in Italia ad una riforma della « Specialità delle Malattie Veneree e della Pelle », riforma che da parecchi anni si è già compiuta all'Estero.

Sulle insufficienti ed erronee teorie della vecchia medicina venne eretto l'edifizio della Dermo-sifilopatia, fondendosi in un solo fascio due diversi gruppi di malattie tanto nell'insegnamento, quanto nell'aringo pratico.

Si giudicava una volta — nè può imputarsi a colpa dei nostri avi, perchè il metodo sperimentale non aveva ancora rischiarate molte verità scientifiche — che la sifilide avesse le sue maggiori manifestazioni nei sifilodermi, e perciò appariva logico inserirla nel Capitolo delle Malattie della Pelle.

Ed analogo ragionamento si ripeteva circa la classifica della blenorragia. La quale non era considerata come una malattia infettiva; e presentava la sua sede in una mucosa che è in diretta comunicazione con la pelle. Era quindi naturale (non esistendo un gruppo autonomo di malattie delle mucose) di inscrivere anche la blenorragia fra le malattie cutanee. Tanto più che fino al 1850 circa si ritenne dalla maggioranza dei medici che sifilide, ulcera molle e blenorragia fossero un'unica malattia!

Questi vetusti concetti che costituiscono per noi una curiosità storica, sono già da molto tempo andati in frantumi, travolti dal soffio delle nuove ed inoppugnabili scoperte della medicina. Ma un rudere è ancora rimasto in piedi: la Specialità dermo-sifilopatica.

Ora, giudicando serenamente, si rende subito palese il controsenso che vizia l'unione di queste due categorie di processi morbosi, unione che è illogica ed assurda e che si basa soltanto sopra un vieto convenzionalismo.

Per quanto riguarda la sifilide, io non sento qui il bisogno di dilungarmi in dimostrazioni inutili, perchè è una unità morbosa troppo nota per esperienza quotidiana di ognuno di noi. Indubbiamente essa è una malattia che si localizza in tutti gli organi, è per eccellenza una malattia costituzionale, al pari della tubercolosi, del diabete, della gotta, ecc. Attacca, è vero, anche la cute, ma se le manifestazioni cutanee per essere le più superficiali sono le più appariscenti ed utili a scopo diagnostico e didattico, è ugualmente certo che nel grande quadro clinico della proteiforme malattia esse sono le meno importanti, perchè arrecano i minori disturbi funzionali.

E poi si deve far menzione della sifilide ereditaria, la quale viene inoculata mercè le spirochete che sono ospiti del sangue e dei tessuti degli individui riproduttori; e niente affatto per il tramite della pelle.

La scoperta del germe specifico ha poi confermato il presentimento che già anche prima in ognuno di noi (di fronte all'evidenza dei fatti) aveva acquistato forza di convinzione, cioè che la sifilide è una malattia infettiva, da collocarsi nel gruppo delle infezioni generali accanto alla tubercolosi, alla lebbra, ecc.

Nello stesso modo il progresso della scienza ha trasformato, ingigantito il concetto primitivo della blenorragia che per il passato era ritenuta una semplice ed umile infiammazione della mucosa uretrale. La scoperta del gonococco la ha collocata nel novero delle malattie infettive, vincendo secolari pregiudizi intorno alla sua natura.

E si è dimostrato ancora che questo microbio non si arresta nell'uretra, ma ha tendenza a penetrare nell'interno dell'organismo: ed infatti spesso invade l'epididimo, i testicoli, la prostata, le vescichette spermatiche, la vescica, e può, a traverso gli ureteri, salire fino ai reni: mentre nella donna raggiunge facilmente l'utero e le trombe. Dunque la gonorrea non è più soltanto una malattia della mucosa di un solo organo comunicante con l'esterno, ma con concetto più largo è da considerarsi una malattia interna, il cui terreno di sviluppo è prevalentemente l'apparecchio genito-urinario.

Studii ulteriori ci hanno poi dimostrato che il gonococco può prendere la via del sangue, e produrre lesioni generali o locali di altri organi: setticemia, endocardite, artrite, reumatismo blenorragico ecc.

Oggi qualunque medico accorto davanti ad un caso di blenorragia, si preoccupa subito di prevenire le complicazioni locali e generali che sono tutt'altro che varie.

Ora come si può ancora considerare la gonorrea col criterio gretto dei tempi passati e collocarla accanto all'acne ed alla psoriasi?

E del pari è insostenibile questo legame, se poniamo mente alle diverse direttive terapeutiche che informano la Dermatologia e la Venereologia. Nei secoli passati uno dei rimedii eroici della sifilide era l'unguento mercuriale; anzi la rivelazione della potenza specifica del mercurio è un immenso beneficio che è derivato dal connubio di queste forme morbose e di cui la Sifilografia deve essere grata alla Dermatologia. Il mercurio che ha salvato l'umanità dalla terribile strage fra noi importata — trista ricompensa — in seguito alla scoperta dell'America, ci ha svelate le sue prodigiose virtù non per merito di elucubrazioni scientifiche, ma per un fatto fortuito. Considerandosi la lue come un morbo cutaneo, sorse spontanea l'idea di applicarle l'unguento mercuriale, tradizionalmente utile nelle malattie infettive e parassitarie della pelle; e così per caso si intuì la specificità del mercurio, conseguendo una delle più grandi conquiste della medicina.

Ma oggi la cura della sifilide ha ampliati enormemente i proprii orizzonti. Il mercurio, che io reputo sempre «il Re degli antiluetici», non si somministra quasi più per frizioni. E poi tutte le numerose innovazioni diagnostiche e terapeutiche ci hanno portato immensamente lontano dal ristretto agone della Dermatologia. Le iniezioni di calomelano e quelle endovenose, le reazioni del Wassermann e di altri autori, la ricerca delle spirochete nel sangue e negli organi interni; la puntura lombare e le medicature intrarachidee nella sifilide nervosa, le questioni che si agitano intorno all'uso dell'arsenico e del bismuto e tutte le altre applicazioni della medicina interna tolgono ogni dubbio che oggidì la cura della sifilide è di pertinenza della Clinica Medica.

E riguardo alla blenorragia bisogna pur pervenire alle stesse conclusioni. Quando io, ad esempio, nell'artrite blenorragica eseguisco la vaccinazione antigonococcica od inietto l'electrargolo nella cavità articolare, devo constatare che i nuovi metodi di Terapia mi hanno sospinto ben lungi dall'ambito della Dermatologia.

In questi ultimi tempi la sfera d'azione della Venereologia si è poi estesa in modo smisurato ed imprevisto, sempre più allontanandosi dal suo punto di partenza.

Agli Specialisti di Malattie Celtiche l'opinione pubblica attribuisce capacità tecnica anche riguardo alle altre forme morbose dell'apparecchio genitale. E fra le più importanti bisogna menzionare le malattie della funzione sessuale e specialmente l'impotenza; inoltre il priapismo e la spermatorrea e, nella donna, la frigidità. Io ben riconosco in tutti i medici internisti un'ottima preparazione per l'assistenza di queste infermità. Ma siccome esse hanno una certa parentela con le malattie veneree, perchè interessano l'apparecchio genitale e costituiscono insieme con queste il gruppo delle cosidette *malattie segrete* (distinzione creata non da vedute scientifiche, bensì da necessità sociali), ne consegue che vengono a preferenza consultati gli Specialisti di Malattie Veneree. I quali per vivere devono adattarsi a servire i desiderii del pubblico; ed hanno il dovere di essere profondamente versati in altre branche della Medicina Interna, e specialmente nella Neuropatologia. E poi è di spettanza della Venereologia l'immenso campo dell'*Igiene Sessuale* con tutto il bagaglio dei problemi, specialmente di indole sociale, ad esso inerenti. Basti ricordare che intorno ad un solo argomento — l'Educazione Sessuale dei Giovani — si è scritta un'intera biblioteca, per poter comprendere la vastità di questi argomenti.

Ed alla Venereologia si deve ancora aggiungere il peso delle varie mansioni che riflettono la *disciplina della prostituzione*. Chi non si occupa *ex professo* di questa complessa materia, non ha un'idea adeguata delle difficoltà che presenta. Ma chi deve fare il medico fiscale in certi ambienti saturi di disonestà e di delinquenza, comprende che occorrono non solo molto buon senso ed energia, ma anche una istruzione specializzata e certe attitudini peculiari che non sono proprie di tutti i medici.

Io che quando, in un periodo della guerra, ero Ispettore dei Servizi Celtici della Piazza Marittima di Venezia, ho dovuto creare ed organizzare un vasto servizio di profilassi e di cura, fondando numerosi Dispensarii, istituendo in tutti i Reparti di truppe servizi di disinfezione, istruendo con conferenze i soldati, dando la caccia alle innumeri prostitute girovaghe, urtando contro le suscettiblità di colleghi borghesi e l'ostilità delle donne e dei mezzani, dando di cozzo nella legge Crispi per il famigerato divieto di immettere le minorenni nei postriboli, sostenendo liti e querele nelle Preture e nel Tribunale — so per esperienza quanto sia ardua e gravida di responsabilità questa branca della Venereologia. E del resto chi avesse vaghezza di più dettagliate cognizioni in proposito, può leggere le due memorie da me edite: *Considerazioni pratiche sull'ordinamento dei Servizi Celtici in zona di guerra* e *La funzione profilattica dei Dispensarii Celtici Militari.*

Ora è ovvio comprendere come tutto ciò sia assolutamente disforme dal compito assegnato alla Dermatologia.

Quali rapporti infatti intercorrono fra l'eczema e il vaginismo, o fra le malattie parassitarie della pelle e le affezioni parasifilitiche? Con quale speciale competenza può un dermatologo curare la spermatorrea o la sifilide del fegato?

È perciò necessario addivenire una buona volta anche in Italia alla scissione della Specialità dermo-sifilopatica, scissione che in altri paesi è già da tempo un fatto compiuto.

E non solo nella pratica, ma anche nell'insegnamento deve essere distinto lo studio di questi due rami del grande albero della medicina.

Già io ho frequentemente ascoltate le lagnanze di studenti di varie Università, perchè il loro Clinico Dermo-sifilopatico ha una predilezione per le malattie cutanee e solo in via secondaria si occupa delle malattie veneree. Onde questi giovani acquistano rispetto alla Dermatologia una più che sufficiente istruzione di cognizioni teoriche, mentre escono dall'Università quasi digiuni dei complessi problemi riguardanti le malattie celtiche.

Sono già venti anni che io sostengo che la Sifilo-venereologia non è che una funzione della Clinica Medica. E per conseguenza colui che crede di possedere le attitudini per specializzarvisi deve essere anzitutto un ottimo conoscitore della Medicina Interna. *Per curar bene la sifilide bisogna conoscere tutta la Patologia.* Il dermatologo (con ogni rispetto per parecchi ottimi cultori di questa Materia) sarà sempre un miope quando vuol figgere lo sguardo fra gli ingranaggi della macchina umana e penetrare nei meandri della fisio-patologia interna.

La Dermo-sifilopatia è oggidì, per qualunque osservatore obbiettivo, una Specialità artificiosa, anzi un'amalgama, in cui le varie parti hanno perduto ogni rapporto di affinità.

E poichè ora si sta provvedendo alla compilazione degli Elenchi degli Specialisti, bisogna inserirvi due categorie nettamente distinte, e cioè: *gli Specialisti di Malattie della Pelle e gli Specialisti di Malattie Veneree.*

Questa innovazione è già pienamente attuata all'Estero, tanto che è da stupirsi come da noi certe idee stentino a farsi strada. Nell'ultimo mio viaggio a Parigi mi sono provveduto di una *Guide Rosenwald* (anno 1922), che è l'Annuario Medico e Farmaceutico di Parigi e di tutta la Francia: ed ivi è nettamente separato il gruppo dei Dermatologi da quello dei Venereologi.

Questa specie di divorzio è ormai, per fatalità di eventi, un fatto ineluttabile. E in avvenire preveggo che seguiranno altre scissioni, perchè ho constatato che all'Estero la stessa Specialità sifilo-venereologica si sta frammentando in altre Specialità minori.

Noi medici, sia come esercenti sia come insegnanti, dobbiamo seguire lo spirito dei tempi e non cristallizzarci nei dogmi.

Con questa riforma richiesta dalle moderne esigenze dell'arte nostra, che è sempre in continua evoluzione, si apporta un savio contributo alla disciplina professionale e alla sincerità degli studii e si raggiunge una nuova tappa nel progresso scientifico, ricavandone risultati praticamente utili ai medici ed ai malati.

Roma, giugno 1924.

Dott. CESARE ORTALI.

Cronaca del movimento professionale.

I Capitolati-tipo per la provincia di Torino.

Il medico provinciale di Torino, comm. Sacchi, ha presentato al Consiglio Provinciale una relazione per proporre le principali condizioni pei Capitolati delle condotte, e cioè:

1° che agli effetti delle disposizioni dell'art. 34 i Comuni della Provincia di Torino sieno distribuiti in 4 categorie;

2° che a ciascuna delle quattro categorie sieno fissati i seguenti stipendi minimi corrispondenti: categoria 1ª stipendio minimo lire 7000; cat. 2ª, lire 8000; cat. 3ª, lire 9000; cat. 4ª, lire 10,000;

3° che sia riconosciuto il diritto agli aumenti quinquennali del decimo dello stipendio;

4° che per i medici attualmente in carica presso un Comune od un Consorzio lo stipendio minimo per ciascuna categoria sia aumentato di:

un decimo per i medici che abbiano compiuto 10 anni di servizio effettivo;

due decimi per i medici che abbiano compiuto 15 anni di servizio effettivo;

tre decimi per i medici che abbiano compiuto 20 anni di servizio effettivo;

5° che per i medici che abbiano più di 5 anni di servizio, sia calcolato come utile agli effetti dell'aumento del decimo il periodo di eccedenza i cinque anni;

6° che l'assegnazione dello stipendio e dei relativi aumenti quinquennali abbia effetto dal primo gennaio 1924;

7° che per l'indennità di mezzi di trasporto, quando essi siano riconosciuti necessari per l'esigenza del servizio, sia concesso un assegno annuo variabile da lire 500, 1000, 1800, e nel caso che il medico tenesse effettivamente una cavalcatura od automobile lire 3500;

8° che l'assegno di ufficiale sanitario al medico condotto, finchè duri l'incarico, sia mantenuto nella cifra di lire 500 fino a 3000 abitanti, e di altre lire 100 per ogni 500 abitanti in più fino al massimo di lire 1500.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

(Continuazione; vedi fasc. 27).

	Lire
Dott. Graziadio Vincenzo, Castrovillari	10
Dott. Turco Enrico, id.	10
Prof. Iemma Rocco, Napoli	100
La «Pediatria» rivista quindicinale d'Igiene	100
Prof. Mercurio Roberto, Napoli	50
Prof. De Stefano Silvio, id.	25
Prof. Vaglio Ruggero, id.	25
Dott. Nasso I., id.	25
Dott. De Caipte A., id.	25
Dott. Jemma G., id.	25
Dott. Auricchio L., id.	25
Dott. De Angelis F., id.	15
Dott. Mallardi M., id.	15
Dott. Emanuele, id.	15
Dott. Laurentisch, id.	10
Dott. Ritossa, id.	10
Dott. Cappuccio Domenico, Capua	10
Dott. Cappuccio Emanuele, id.	10
Dott. Annarumma Giovanni, id.	10
Dott. Alvino Pietro, id.	10
Dott. De Rosa Michele, id.	10
Dott. Zincone Pietro, Quagliano	15
Dott. Del Pozzetto Ugo, Capua	10
Dott. Lusi Ferdinando, id.	10
Dott. Spera Giacomo, id.	5
Dott. De Muccio Giovanni, id.	5
Dott. Pignatari Giulio, Resina	300
Dott. Zingone Emanuele, Montesarchi	5
Dott. Verrusio Francesco, id.	5
Dott. Striani cav. uff. Antonio, id.	5
Dott. Rossi cav. Giov. Batt., id.	25
Dott. Giaquinto Alfonso, id.	5
Dott. Borrettu Bernardo, id.	5
Dott. Candela cav. uff. Rocco, Cotrone	10
Dott. Bianchi Albino, id.	5
Dott. Cavaliere Alfonso, id.	5
Dott. De Vannera Vincenzo, id.	5
Dott. Graziano Ottavio, id.	5
Dott. Pitascio Cataldo, id.	5
Dott. Precone Renato, id.	5
Dott. Scaleo Riccardo, id.	5
Dott. Remia Alfredo, id.	5
Dott. Nocerino Andrea, Ottaiano	20
Dott. Caruso Giuseppe, Napoli	20
Dott. De Rosa Pasquale, id.	10
Dott. Di Nola Vincenzo, Torre Annunziata	30
Dott. Gentile Alberto, id.	20
Dott. Trama Luigi, id.	20
Dott. Talamo Pasquale, id.	15
Dott. Federico Antonio, id.	10
Dott. Coccoli Domenico, id.	5
Dott. Artiaco, Pozzuoli	25
Dott. Fiaccarini, id.	25
Dott. Carvisiglia, id.	25
Dott. Alfano Giov. Battista, Mercato S. Severino	25

(Continua).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BERGAMO. *Istituto Rachitici.* — Medico-chirurgo primario; L. 6600 al lordo di R. M.; 50 % atti operativi paganti agiati; biennio di prova; fino a 5 conferme quinquennali, non oltre 60 anni di età. Docum. al Consiglio amministrativo (via Mazzini 3) non oltre ore 15 del 22 lug. Servizio entro un mese.

CALTANISSETTA *Ospedale Vittorio Emanuele II.* — Chirurgo-direttore. L. 12,000, più il 50 % sulle operazioni chirurgiche. Scad. 29 luglio 1924.

CASTELFRANCI (*Avellino*). — Al 30 lug.; abit. 2658 di cui 1419 nel capoluogo; ha. 1142; L. 4000 (*sic*), senza aumenti nè assegni di alcun genere; età limite 50 anni. (Crediamo che questo comune detenga il *record* dei trattamenti di fame ai medici).

CASTEL S. PIETRO ROMANO (*Roma*). — A tutto 31 lug.; L. 7000 oltre L. 2700 c.-v.; L. 500 disag. resid. e L. 300 uff. san. Serv. entro 20 g.

GRADARA (*Pesaro-Urbino*). — L. 7000; 5 quadrienni di 1/10; cavalc. L. 3000; c.-v. mensile L. 165; L. 300 quale uff. san. Vaglia di L. 50. Scad. 25 lug.

LONDRA. *Ospedale Italiano.* — Concorso al posto d'assistente (medicina e chirurgia). Il candidato deve essere italiano, celibe, laureato in Italia, e con perfetta conoscenza della lingua inglese, parlata e scritta. Limite d'età 30 anni. Il nominato resterà in carica sei mesi, con diritto di ripresentarsi ai concorsi successivi. Onorario annue Lst. 80, con alloggio, vitto, ecc. I documenti (copie, non originali) devono pervenire non più tardi del 31 luglio al Segretario, Ospedale Italiano, Queen Square, Londra, W. C. I.

ORVINIO (*Roma*). — L. 6000 e 4 quinquenni; 1 c.-v.; L. 300 uff. san.; L. 300 arm. farm.; L. 500 carcere mandam. Scad. 20 lug.

RADICONDOLI (*Siena*). — Per frazione di Acqua. L. 6.500; c.-v.; L. 2000 per cavalc. Tassa concorso L. 50,05. Scad. 20 luglio.

S. ORESTE DEL MONTE SORATTE (*Roma*). — Scad. 17 luglio. L. 9000 fino 2000 ab. pover., L. 300 uff. san. e L. 1200 armadio farm. finchè esista. Aum. decimi fino 5 quadrienni.

SONCINO (*Cremona*). — 3° reparto (Gallegnano-Isengo). Scad. 31 ag., ore 13. Poveri 800 circa. L. 6500 residenza; 4 quinq. decimo; fino a 1000 pov. L. 2000; ambul. L. 200; una e mezza indenn. caroviv. Chiedere annunzio.

Diffide.

Nuove diffide: Nusco (Avellino), Polverigi e Sassoferrato (Ancona).

CONCORSI A PREMIO.

BOLOGNA. *R. Accademia delle Scienze.* — Fondazione S. Pozzi. Vedi fasc. 7. Scad. 31 dic. 1924.

ROMA. — *Ministero della Guerra.* — Premio Riberi. Vedi fasc. 8. Scad. 31 dic. 1924.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

L'Accademia di Medicina di Parigi ha eletto, a primo scrutinio, quali corrispondenti stranieri, i proff. Fano, di fisiologia generale a Roma, e Schäfer, di fisiologia a Edimburgo.

Erano anche candidati: Madsen di Copenaghen; Sherrington di Oxford; Escomel di Arequipa (Perù); Rollier di Leysin (Svizzera).

Comitato permanente d'Igiene alla Lega delle Nazioni. — È stato così costituito:

Belgio: prof. O. Velghe, direttore generale del Servizio sanitario del Belgio, *vice-presidente;*

Brasile: prof. Carlos Chagas, direttore dell'Istituto Osvaldo Cruz;

Danimarca: prof. Thomas Madsen, direttore dell'Istituto serologico statale, *presidente;*

Egitto: dott. A. Granville Pascià, presidente dell'Ufficio sanitario marittimo;

Francia: prof. Léon Bernard, dell'Università di Parigi, e dott. L. Raynaud, ispettore generale del Servizio sanitario algerino;

Germania: prof. B. Nocht, direttore dell'Istituto di medicina tropicale di Amburgo;

Giappone: Shiko Kusama (provvisorio);

Inghilterra: Sir George Buchanan, ufficiale sanitario seniore presso il Ministero della salute, *vice-presidente;*

Italia: dott. Alberto Lutrario, direttore generale della Sanità pubblica, e prof. Donato Ottolenghi, della R. Università di Siena:

Olanda: dott. Jitta, presidente dell'Ufficio di sanità;

Perù: dott. P. Mirubela, dell'Università di Lima;

Polonia: dott. Chodoko, ex-ministro della Sanità;

Portogallo: prof. Ricardo Jorge, direttore generale della Sanità pubblica del Portogallo;

Spagna: prof. Gustavo Pittaluga, dell'Università di Madrid;

Stati Uniti: gen. med. H. S. Cumming, del Servizio di sanità pubblica, *vice-presidente,* e dott.a Alice Hamilton, della Harvard University Medical School di Boston.

In seguito a concorso al posto di direttore e primario medico degli Ospedali di Cremona, la Commissione ha proposto la terna: 1° prof. Arturo Campani, direttore del Sanatorio di Cuasso al Monte; 2° prof. Stradiotti, primario nell'Ospedale Fatebenefratelli di Milano e già primario nell'Ospedale di Lodi; 3° prof. Visentini, direttore dell'Ospedale di Mantova. È stato nominato il prof. Stradiotti.

La Commissione giudicatrice del concorso per un posto di medico-aiuto nel Sanatorio «Cesare Battisti» in Roma, composta dei proff. Marchiafava sen. Ettore, presidente, Baduel Cesare e Mendes Guido, ha formato la seguente graduatoria su 21 concorrenti: 1. dott. Pisoni Emilio; 2. dott. Morelli Sergio; 3. dott. Bottacin Luigi.

Il prof. Mario Redaelli, primario medico al Tubercolosario Vittorio Emanuele III che il comune di Milano ha recentemente aperto a Garbagnate, è stato insignito della croce di cavaliere della Corona d'Italia.

NOTIZIE DIVERSE.

Onoranze al prof. Maragliano.

Il 28 giugno furono tributate solenni onoranze al sen. prof. Edoardo Maragliano che lascia dopo 43 anni la cattedra di clinica medica dell'Università di Genova.

Nell'atrio dell'antico Ospedale di Pammatone si dettero convegno innumerevoli discepoli passati e attuali, tutte le autorità cittadine, moltissimi professori, non pochi dei quali recatisi a Genova a rappresentare le Facoltà mediche delle altre Università. Fra i presenti si notavano il rettore della Università di Genova prof. Revelli, in rappresentanza del ministro della P. I., il generale di divisione Squillace in rappresentanza del ministro della guerra, il prof. sen. Queirolo dell'Università di Pisa, il prof. Lucatello, rettore dell'Università di Padova, il prof. Arloing in rappresentanza della Facoltà medica dell'Università di Lione, ecc. Avevano aderito tutte le Università italiane e molte straniere e spiccate personalità della scienza medica.

Il sen. Maragliano, che vestiva la toga di professore universitario col mantello di ermellino e le insegne di dottore della Facoltà medica di Lione, salutato da scroscianti applausi, tenne la sua ultima lezione, che fu una sintesi di tutta l'opera feconda di attività scientifica e pratica svolta da lui e dalla sua scuola in quasi mezzo secolo.

Si è poi levato a parlare il rettore prof. Revelli, che rievocò con nobili parole i meriti del Maragliano verso la scuola, l'università e la nazione. Il prof. Clivio, preside della Facoltà di medicina, espresse il rammarico unanime per la discesa del sen. Maragliano dalla cattedra retta con tanto onore. Il gen. Squillace, comandante la divisione, ricordò l'attività svolta dal Maragliano durante la guerra e portò il saluto riconoscente dell'esercito e del ministro della guerra, il quale ha conferito al maestro la croce di guerra. A questo punto, fra la generale commozione dei presenti, il gen. Squillace ha fregiato della croce di guerra l'illustre scienziato. Parlarono inoltre il prof. Queirolo, il prof. Arloing e numerosi altri. Il sen. Maragliano quindi, in preda a viva commozione, ringraziò della grande manifestazione tributatagli, bene augurando al progresso della scienza italiana.

La grandiosa cerimonia venne intramezzata e chiusa da ovazioni e da applausi.

***

Lasciando la Clinica Medica Generale, alla quale diede un'intensa, elevata e feconda vita didascalica, il sen. prof. Maragliano promette nell'onorata e fiorente vecchiezza un'ulteriore opera attiva polarizzata verso un insegnamento perfezionatore, e applicato ai prediletti studi speciali. Gli studi, per fortuna, non sono un privilegio nè ufficioso, nè ufficiale, e perciò il venerando senatore darà ancora la sua fede e la sua opera consolatrice alla società dolorante, restando sempre maestro di antiche e di nuove generazioni. Questo l'augurio e il cordiale, rispettoso nostro saluto all'illustre clinico genovese, fondatore di una Clinica generale elevatissima e celebrata.

Onoranze al sen. Albertoni Bologna.

Il 29 giugno, nell'aula .ell'Istituto di fisiologia annesso alla R. Università di Bologna, vennero tributate solenni onoranze al sen. prof. Pietro Albertoni, che lascia l'insegnamento per limite di età. Alla cerimonia erano presenti le principali autorità cittadine, tutti i professori di medicina, moltissimi professori delle altre Facoltà, studenti ed estimatori.

Numerosissime le adesioni tra le quali quelle di uomini di governo, di tutti i fisiologi e farmacologi italiani e di fisiologi inglesi, francesi, tedeschi e svizzeri.

Dopo lo scoprimento di una lapide marmorea con medaglione in bronzo riproducente l'effigie dell'illustre scienziato pronunciarono applauditissimi discorsi i proff. Viola, Novi, Ravà e Lanzatini ed uno studente, esaltando la vita scientifica, così feconda, del sen. Albertoni, il quale rispose ringraziando con commosse parole, che vennero molto vivamente applaudite dal denso uditorio.

La missione medica argentina in Italia.

Abbiamo già comunicato ai nostri lettori che la missione medica argentina inviata in Italia dal proprio governo per seguire un corso di conferenze sulla malaria, giunse a Genova il 2 giugno. La missione, dopo aver visitato gli impianti scientifico-sanitari della città, si è recata a Torino, Milano, Pavia, Firenze, onde rendersi conto di quanto di meglio esiste nel nord d'Italia in materia d'ospedali, cliniche, istituti scientifici. Durante questo giro le personalità più rappresentative nel campo della biologia hanno tenuto delle conferenze ai graditi ospiti.

Il 14 giugno la Missione è giunta in Roma ed in suo onore il giorno 16 la Direzione generale di sanità pubblica ha offerto un ricevimento a palazzo Viminale, cui intervennero il ministro dell'Argentina presso il Quirinale, il ministro del Chile, il gr. uff. Lutrario, direttore generale della Sanità pubblica, il prof. sen. Marchiafava, presidente del Corso di malariologia, i proff. Ascoli e Dionisi, vice-presidenti dei corsi, il prof. senatore Grassi, il prof. sen. Sanarelli, i proff. Bastianelli G., Bignami, Gaglio, Nazari, Gualdi, Pecori e moltissimi altri. Portarono il saluto agli ospiti il gr. uff. Lutrario, il prof. Sanarelli e il prof. Marchiafava.

A tutti rispose ringraziando, a nome del suo governo, il ministro dott. Perez. La simpatica cerimonia, improntata alla più grande cordialità, ebbe un alto significato.

Il giorno seguente 17 giugno sono cominciate le conferenze. Il programma è così composto:

Prof. Grassi: *Biologia delle zanzare;* prof. Bignami: *Patologia generale della malaria*; prof. Sanarelli: *Epidemiologia della malaria;* prof. Gualdi: *Legislazione italiana ed estera contro la malaria;* prof. Alessandrini G.: *Distruzione degli insetti;* prof. Gaglio: *Terapia farmacologica della malaria;* prof. Gosio: *Piccola bonifica;* ing. Fornari: *Bonifica idraulica;* prof. Marchiafava: *Le perniciose;* proff. Ascoli e Bastianelli: *Clinica della malaria;* proff. Dionisi e Nazari: *Anatomia patologica della malaria.*

Il corso viene interrotto da frequenti gite nei luoghi malarici bonificati e da bonificare.

Non sfuggirà a nessuno l'importanza di questo avvenimento scientifico, trattandosi di medici stranieri che vengono a perfezionarsi in Italia, riconoscendo così il valore delle ricerche della scuola italiana in materia di malariologia; e dobbiamo tributare un reverente ringraziamento a nome di tutti i medici italiani agli illustri professori Marchiafava, Ascoli e Dionisi che con il loro prestigio hanno saputo organizzare insieme con gli altri malariologi romani questo magnifico corso, vera affermazione scientifica internazionale della scuola romana.

Associazione internazionale fra radiologi.

Una Associazione internazionale fra i cultori della radiologia si sta costituendo a Vienna ad iniziativa dei proff. Holzknecht, Kienböck e Weber. L'Associazione si prefigge di diffondere l'idea della obbligatorietà dell'insegnamento della radiologia, vigilare sulle edizioni di libri per studenti, praticare lo scambio delle pubblicazioni scientifiche fra le diverse nazioni, ecc.

Della Associazione possono far parte i professori e docenti di radiologia delle Università o Scuole ed anche giovani cultori della materia non professori. Per le adesioni indirizzarsi al dottor M. Handeck, Langegasse 63, Wien VIII.

Congresso russo sulla tubercolosi.

Il Comitato organizzatore del III Congresso dell'U. R. S. S. (Unione delle Repubbliche socialiste soviettiste) per la lotta antitubercolare (presidente prof. Worobiew e segretario generale dott. I. Ludwinovsky) ha mandato un invito alla nostra «Federazione nazionale per la lotta antitubercolare» di delegare i propri rappresentanti al detto Congresso che avrà luogo a Charkow (capitale della Repubblica soc. sov. Ucraina) dal 15 al 21 agosto c. a. Ordine del giorno: 1° L'azione sociale e profilattica del dispensario. Il valore d'esso. Le prospettive del dispensario; 2° La registrazione della mortalità tbc. negli istituti antitubercolari; 3° La tbc. e la professione; 4° La lotta antitubercolare e la campagna; 5° Preparazione del personale medico per la lotta antitubercolare; 6° Selezione dell'infermo per le stazioni climatiche e sanatorii; 7° La classificazione della tubercolosi infantile e chirurgica; 8° La manifestazione della tbc. nei bambini; 9° La costituzione organica e secrezioni interne nella tubercolosi; 10° La tubercolosi negli animali.

Durante i lavori del Congresso funzionerà una esposizione dedicata ai problemi della lotta antitubercolare.

Rivolgersi al rappresentante del Commissariato del Popolo della Salute pubblica in Italia dott. M. Sceftel.

Il rappresentante stesso ci comunica che gli scienziati dei paesi esteri partecipanti ai Congressi scientifici dell'Unione delle repubbliche soc. soviettiste godranno durante i lavori del Congresso gratuitamente di alloggio e vitto.

Il sanatorio di Legnano.

Con solennità, cui aggiunse prestigio l'intervento di S. M. la regina madre, fu inaugurato il 10 giugno il vasto e sontuoso Sanatorio per malati di petto sorto a Legnano mercè la munificenza di industriali del luogo e il concorso della grande massa di operai, i quali, quotandosi per un certo numero di giornate, fecero affluire alla cassa del Comitato una ingente somma.

La cerimonia si iniziò con un indirizzo del sindaco di Legnano, comm. Vignati, cui seguì un discorso del comm. Jüker, che spiegò la costituzione dell'Ospedale e l'opera da lui svolta. Questa gli valse una medaglia d'oro decretatagli dal Comitato e consegnatagli da S. M. la regina madre. Mons. Gilardelli benedisse il provvidenziale edificio. Pronunciò poi il discorso inaugurale l'on. Cappa: fu quello un discorso efficace, vibrante di umanità.

Donazioni.

Il prof. Antonio Ronchetti, medico primario degli Ospedali di Milano, ha offerto all'Ospedale Maggiore, in memoria del defunto fratello Carlo, la somma di lire 10.000, destinata a dare incremento alla dotazione degli apparecchi diagnostici e terapeutici della Divisione Medica, cui egli stesso è preposto.

La signora Maria Lovati ha lasciato in eredità all'Ospedale Maggiore di Milano circa un milione di lire, costituito in massima parte da immobili rurali.

Il sig. Emilio Gasparinotti ha elargito all'Ospedale Maggiore di Milano L. 10.000.

Il Comitato delle Patronesse della Fiera di Milano ha versato L. 9.500 alla Sezione fotoradioterapica dell'Ospedale Maggiore di Milano, quale incremento del fondo per la cura balneare marina di poveri degenti in quella sezione; L. 3000 furono versate allo stesso scopo dalle visitatrici dell'Ospedale Maggiore di Milano.

Il Consiglio d'amministrazione del Banco di Sicilia, su proposta del direttore generale gr. uff. Ignazio Mormino, ha erogato L. 100.000 all'Ospedale S. Antonio di Trapani che, come tutte le istituzioni similari, attraversa una difficile situazione.

Il compianto comm. Francesco Varvaro, benemerito delle istituzioni filantropiche della città di Palermo, ha lasciato la somma di L. 50.000 all'Ospedale civico di questa città.

La Scuola Medica Femminile di Londra.

La «London School of Medicine for Women», che ha sede nel «Royal Free Hospital», festeggia quest'anno il primo suo giubileo.

Quando venne fondata, nel 1874, le donne non venivano ammesse nelle scuole mediche inglesi; tuttavia in Inghilterra fin dal 1858, in cui venne istituito l'Albo medico (British medical register), vi s'inscrisse una donna, Elizabeth Blackwell, diplomatasi nella piccola Università di Ginevra dello Stato di New York. Nel 1865 la seguì la prima dottoressa inglese, Elizabeth Garrett (poi Garrett Anderson), diplomatasi pure in America.

La Scuola medica femminile venne fondata ad iniziativa di una studentessa, Sophia Jex-Blake, la quale, per quattro anni consecutivi, aveva fatto inutilmente istanza per essere iscritta nella Facoltà medica di Edimburgo. Ella convinse la dott.a Garrett Anderson, che aveva istituito un ospedale femminile, ad aggregarvi una scuola medica. Il successo fu tale, che cinque anni dopo l'Università di Londra apriva le iscrizioni alle donne.

La Scuola medica femminile di Londra ha conferito fin'ora più di mille diplomi; è molto accreditata: le sue diplomate trovano rapidamente impiego in tutte le parti del mondo.

In onore di Simmons.

Un Comitato di medici americani ha organizzato delle onoranze al dott. George H. Simmons, il quale da 25 anni redige il «Journal of the American Medical Association», il più diffuso e reputato periodico americano di medicina generale.

Del Comitato hanno fatto parte celebri clinici e scienziati, da C. H. Mayo a V. C. Vaughan.

Il 6 giugno venne tenuto un banchetto d'onore, nel Congress Hotel di Chicago. Si provvederà anche a far riprodurre il ritratto del festeggiato, in migliaia di copie, per gli abbonati al periodico, che è in gran parte opera sua.

Si è spento improvvisamente il dott. ROBERTO BORELLA, decano dei chirurghi di Novara, ove era primario dell' Ospedale Maggiore e di quello di S. Giuliano, valentissimo operatore, coltissimo, specializzato nel ramo infortunistico. Carattere integro ed austero, cuore eccellente, tempra di lavoratore instancabile, dedicò la lunga esistenza alla sua missione umanitaria. Fu per molti anni consigliere e poi presidente dell'Ordine dei medici e dette un generoso contributo di attività a vantaggio dei colleghi di ogni categoria.

C. DACCI.

XXIX° Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

Memento.

Disponiamo di alcuni esemplari del volume contenente le **Relazioni, i Lavori,** le **Comunicazioni, Discussioni,** ecc., del XXIX Congresso della **Società Italiana di Medicina Interna** (Roma, ottobre 1923) della cui importanza i lettori potranno accertarsene dando uno sguardo all'*Indice Generale* riportato nel foglietto incluso nel Fascicolo 13 di questa Sezione Pratica.

È un volume di pagg. XXIV-272 nell'ampio formato del nostro «Policlinico», in commercio al prezzo di L. 60, ma che i nostri abbonati riceveranno franco di porto per sole L. 48 se in Italia e per sole L. 55 se all'Estero, inviando detto importo mediante vaglia postale o con assegno bancario al Cav. Luigi Pozzi, Via Sistina 14, Roma.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Clin. Pediatr., apr. — D. ZORDAN. Sindromi pseudocrupose. — L. D. VERONESE. Sindrome tetanoidica.

Ann. di Med. Nav. e Col., mar.-apr. — L. SESTINI. Le masse militari come mezzo di propag. igienica.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., mag. — O. SCHWARZ e R. CROSSEN. Tessuto endometrico nell'ovaio. — O. M. GRUHZIT. L'eclampsia è una necessità biologica? — J. C. CLARK e F. B. BLOCJ. Valore comparato dell'irradiaz. e dell'isterectomia radicale nel cancro della cervice.

Riv. Patol. nerv. e ment., 24 mag. — W. FREEMAN. Nuovo metodo d'impregnazione argentea. — D. BOLSI. Sindrome psicopatica da encefalite epidedica nei fanciulli e adolescenti.

Spitalul, mag. — G. GEORGESCO e G. VINTILA. Enervazione dello stomaco.

Stomatologia, mag. — G. PICCOLINI. Batteriologia della carie dentale. — B. KRITCHENSKI e P. SEGUIN. Batteriologia della pulpite retrograda.

Prensa Med. Arg., 10 mag. — A. AMEGHINO. Le istituzioni di profilassi mentale.

Zentralbl. inn. Mediz., 14 giu. — A. HARTWICH. Puntura suboccipitale.

Bull. Ac. Méd., 3 giu. — E. DOUMER. Faradizzazione percutanea addominale nel trattam. delle diarree estive dell'infanzia. — R. BENSAUDE. Nuovo tipo di gastroscopio.

Rinascenza Med., 15 giu. — G. VITETTI. Meningiti da streptotricee.

Giorn. Cl. Med., 10 giu. — L. PONTINACCIA. L'esame del succo gastr. — G. POGGIO. Aderenze ed ispessimenti pleurici.

Brit. Journ. Children's Diseases, apr.-giu. — H. S. HUTCHISON e G. STAPLETON. Rachitismo tardivo e osteomalacia. — E. CAUTLEY. Malformazione cistica dei polmoni. — H. H. C. GREGORY. Vaccinoter. del reum. acuto.

Arch. de Med., Cir. y Espec., 14 giu. — A. BESREDKA. L'immunità locale.

Spitalul, giu. — PAULIAN e C. VLAD. Il narcisismo e le turbe funzionali legate a tic respiratorio; trattam. psicoanalitico. — C. T. NICOLAU. Ittero sifilit. secondario (sindrome epato-splenomegalica).

Ann. di Ostetr. e Ginec., mag. — G. DOSSENA. Proteinter. endoven. delle sepsi puerper. — I. ODESCALCHI. Epiteliomi della «portio» trattati col radium.

Journal A. M. A., 31 mag. — R. C. COBURN. Pressione arteriosa, interventi chirurgici e anestesia gener. — R. L. RHODES. Arresto di sviluppo del colon. — C. P. MCCORD, D. K. MINSTER e M. REHM. Per la diagnosi d'intossic. saturnina. — E. C. CUTLER. Apoplessia del torace.

Clinica Pediatr., mag. — A. F. CANELL. Fisiopatologia del polm. nei prematuri e immaturi. — C. TEDESCHI. Patog. delle morti timiche.

Riev. Oto-Neuro-Oftalm., feb. — M. BERTOLOTTI. Le sindromi chiasmatiche da compress. trattate colla roentgen-radiumterapia. — E. REVERDINO. Nevrite ottica nella mielite trasversa. — G. BILANCIONI e G. FUMAROLA. Emissione di liquor da una fistola ossea retro-auricol. — A. ANGELUCCI. Psicologia norm. e patolog. dell'occhio.

Pediatria, 15 giu. — M. B. SINDONI e G. VITETTI. Etiopatogenesi del reum. art. acuto. — M. MITRA. Intradermoreaz. nella febbre di Malta. — E. CENTANNI, A. RUCCHI. Sulle stomosine.

Neurologica, mar.-apr. — G. D'ABUNDO. Tic coreiformi a carattere di continuità e persistenza. — G. FELSANI. Patogen. della epilessia. — J. AISENSCITAT. Difetti evolutivi del cervello.

Cult. Med. Moderna, 15 giu. — G. PARLAVECCHIO. L'evoluz. odierna della terapia generale.

Brit. Journ. of Radiol., mag. — R. KNOX. Radiografia cranica. — J. C. MOTTRAM. Reazioni cutanee al radium e come evitarle in terapia.

New York St. Med. Journ., giu. — A. J. BEDELL. Studio del vitreo. — F. C. GOLDBOROUGH e B. ROMAN. L'invasione batterica dell'utero e del suo contenuto.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXXI Roma, 21 Luglio 1924 Fasc. 29

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI.

L'anisocoria provocata nella tubercolosi iniziale.

Dott. RENZO CARUSI, assistente volontario.

Le numerose pubblicazioni, che si sono seguite in questi ultimi tempi sulla midriasi spontanea e provocata, quale mezzo di indagine per svelare una lesione apicale, iniziale, di natura tbc. dimostrano l'interesse suscitato dalla ricerca.

La diagnosi di tbc. iniziale riposa su dati clinici, di cui ciascuno per sè non è probativo, ma dalla cui osservazione semiologica del paziente può scaturire quel complesso clinico che forma la base di una diagnosi.

Tutte le ricerche hanno un valore relativo, se non sono controllate dal reperto positivo del bacillo di Kock negli espettorati, il quale deve essere ricercato con tutte quelle prove batteriologiche di cui noi disponiamo.

Pur tuttavia quando questo reperto manca, o l'esame è negativo, resta sempre come fondamentale per una diagnosi la osservazione clinica, la quale si giova talora con profitto della radioscopia, e della radiografia (Ameuille, Rist, Ziegler). Questo mezzo di indagine talora ci può svelare qualche lesione basale, la quale può anche sfuggire all'osservazione clinica, in una forma iniziale di tbc. (Debrè-Laplane).

Accanto agli altri mezzi di indagine come abbiamo detto è stata studiata la midriasi pupillare, quale esponente d'un processo apicale tubercolare. Io che fin dall'agosto dell'anno scorso ho avuto occasione di visitare e controllare con i raggi molti ammalati di tbc. polmonare, fra cui molti presumibilmente iniziali, ho voluto cercare la midriasi, per stabilire il valore di questo mezzo di indagine.

In che consiste, come si produce, quale ne è la ragione della sua manifestazione, e quale valore le sia stato attribuito, sono le domande a cui bisogna rispondere, per spiegare questo fenomeno.

L'anisocoria si può trovare spontanea o latente. Nel primo caso una differenza del foro pupillare fa facilmente distinguere ove esiste la midriasi maggiore. Più sovente questa midriasi non è visibile normalmente; ed allora bisogna provocarla mercè delle soluzioni di midriatici. Principali sono quelli derivati dalla belladonna (atropina, euftalmina, ecc.) e quelli di natura sintetica (adrenalina, cocaina). I primi producono la midriasi agendo sui nervi ci-

liari corti, paralizzandoli, per modo che le fibre circolari dello sfintere dell'iride vengono a trovarsi sotto l'influsso di questa paralisi; i secondi invece stimolano i filetti nervosi dei nervi ciliari lunghi, che, come vedremo, hanno una grande importanza nella produzione della midriasi.

Per aversi però la anisocoria bisogna avere degli accorgimenti delicati, per non veder falsati i risultati. Bisogna che negli occhi vada una eguale quantità di soluzione; che il paziente sia osservato in un ambiente a luce ridotta (alcuni Autori propongono del tutto la camera oscura); che infine lo sguardo sia fisso davanti, perchè si sa che la visione laterale per sè stessa produce una anisocoria. Tenuto conto di tutte queste condizioni, se la midriasi in un occhio è più evidente che nell'altro, la anisocoria è positiva.

A quale causa attribuire l'anisocoria?

L'iride è munito di fibre deputate a impicciolire il foro, le quali costituiscono lo sfintere dell'iride, a decorso circolare; e di fibre a decorso radiale che servono a dilatare il foro pupillare, e che fanno parte del muscolo dilatatore. Quest'ultimo, che è più importante, riceve le fibre nervose del nervo ciliare lungo, il quale fa parte del ganglio cervicale superiore del gran simpatico, che nel plesso cavernoso piglia anastomosi coi nervi motori oculari, e quindi resta sotto il controllo centrale del midollo e del bulbo.

Ma il ganglio cervicale si mette in rapporto coi gangli medii ed inferiore, e quest'ultimo coi gangli toracici. Ora il primo ganglio toracico tra tutti i rami che invia, ne ha alcuni che arrivano alla cupola pleurica e al plesso polmonare, formando le branche interne. Questa distribuzione permette dunque di mettere in rapporto i gangli toracici con quelli cervicali, cioè la pleura apicale e il polmone con le fibre del dilatatore dell'iride.

Accanto a questa condizione anatomica bisogna però ricordare che la anisocoria è soggetta altresì a tutte le condizioni che a questo sistema nervoso vegetativo si ricollegano, e quindi anche a quegli stati simpaticotonici, e a quelle disfunzioni endocrine che col simpatico hanno rapporto.

Vedremo se è solo questa causa anatomica invocata a spiegare l'anisocoria nella tbc. polmonare.

Quale valore ha la tbc. polmonare nel provocare la midriasi unilaterale?

L'anisocoria spontanea non è specifica della tbc. polmonare, sebbene si trovi con discreta frequenza nei casi diffusi di questa affezione. Essa è molto frequente invece nella sifilide dei centri; alcune intossicazioni, la sindrome di Claude-Bernard-Horner, i tumori del collo, del mediastino (Cantonnet), la polmonite e la pleurite (Chauffard e Loederich), la possono provocare.

La midriasi unilaterale latente, messa in evidenza mercè i midriatici, si è anch'essa trovata presente in altre malattie che non sia la tbc. polmonare iniziale; ma la maggior parte degli AA. attribuisce un grande valore alla sua positività per svelare una lesione apicale, e recentemente, nel 1921, il Sergent dette tale importanza a questo metodo di indagine, da farne oggetto di comunicazione all'Accademia Medica di Parigi.

Lo Jullien, che ha avuto una buona percentuale di positività, nega ogni autorità alla ricerca, perchè asserisce che spesso la midriasi non corrisponde alla lesione polmonare (Dehérain), ma a quella ilare; che la difficoltà di ottenere una instillazione uguale nei due occhi e che abbia uguale effetto, diminuisce l'importanza della prova, ed infine che la presenza della midriasi in altre malattie le toglie ogni valore. Certo nulla è assolutamente specifico in clinica, per poter stabilire una diagnosi, senza gli altri sintomi concomitanti.

Non mi pare poi difficile ottenere un risultato pressochè esatto, come la mia tabella lo dimostra; non inficia secondo me la prova il fatto che alla midriasi corrisponde una lesione ilare radiologica, perchè mentre io stesso ho trovato altrettanto, debbo però confessare che la mia attenzione è stata richiamata dai segni clinici apicali, che mi hanno indotto alla ricerca radiologica. Ora se la radioscopia non scopre nulla a carico degli apici, ma tutto a carico degli ili, ciò non esclude che agli apici vi sia una lesione tanto minima che sfugge ai raggi, e che tanto la midriasi, come i dati clinici confermano.

L'ineguaglianza pupillare latente si mette in evidenza instillando nel sacco congiuntivale poche goccie di una soluzione all'1 % di solfato di atropina. Le pupille dopo cinque o dieci minuti si dilatano, e quella del lato malato presenta una dilatazione maggiore rispetto all'altra.

L'Ehrmann ha ricercata questa midriasi facendo prendere al paziente 5-15 goccie di una soluzione di atropina 1 % su di un pezzo di zucchero; ha suggerito il Cantonnet di sostituire all'atropina la soluzione di cocaina al 4 %.

Per spiegare tale fenomeno si sono invocate diverse teorie; la più accetta è quella anatomi-

ca di Dèjérine con cui la midriasi si mette in rapporto con una irritazione delle fibre irido-dilatatrici del simpatico. Il Pisoni attribuisce questa irritazione dei gangli simpatici all'abbassamento degli apici, che stira la cupola pleurica; ed in tal modo l'atropina paralizzando l'oculomotore, permetterebbe alle fibre pupillo-dilatatrici di prevalere rispetto alle altre. Lo Jullien e gli altri Autori seguono in massima tale spiegazione del fenomeno. Il Käding delimita del tutto i rapporti che corrono tra la tbc. polmonare e il sistema nervoso vegetativo, appoggiandosi in parte alla teoria del Dèjérine, in parte spiegando la midriasi come una irritazione delle fibre del simpatico per ingrossamento delle linfo-glandole cervicali, dando poco importanza al fenomeno come esponente del processo tbc.

Lo Chauffard spiega il fenomeno come una eccitazione riflessa delle fibre sensitive; il Massalongo come un fatto tossico. Il Moggi segue la teoria di quest'ultimo Autore, per mettere in rapporto la midriasi provocata positiva, con altre affezioni tossiche quale il tifo, la polmonite, ecc. Ma ciò appare contraddittorio coi fatti, perchè non si spiegherebbe come una causa tossica possa agire su di un solo lato, provocando una midriasi unilaterale, e come col progredire della tubercolosi, la midriasi regredisce di intensità (Jessen-Turban). La cronicità della malattia non può diminuire lo stimolo, perchè l'eliminazione di tossine è sempre maggiore a misura che aumenta il processo, e l'organismo non si può abituare a sopportare indifferentemente questo stimolo. Ed anche in un nostro caso, in cui le condizioni erano gravi per l'intossicazione profonda generale, l'anisocoria fu negativa.

I risultati delle ricerche dei diversi autori sono state per una grande percentuale positive: il Sergent su 44 casi ha avuto 33 positivi; il Brugi ha avuto una percentuale di 100 %. Il Pisoni ha avuto simili risultati, sebbene ricercasse l'anisocoria in infermi con affezioni tbc. già avanzate; lo Jullien ha trovato il 26 % di ineguaglianza spontanea, il 71,42 % di quella provocata. Il Dehèrain il 21,58 %; il Martin ha avuto il 94 %; lo Jessen l'88 %; il Destrè il 97 %; il Moggi il 75 %; il Bichelonne il 14,50 %.

Nelle mie ricerche io ho usato in luogo della soluzione di atropina quella al 4 % di cocaina, per un doppio scopo: 1° perchè l'atropina paralizza del tutto, mentre la cocaina produce una dilatazione che è suscettibile all'accomodazione; secondo perchè i pazienti difficilmente si sottopongono all'uso di un midriatico che produce per diversi giorni un disturbo alla visione.

Ho istillato nei due fornici congiuntivali ugual numero di goccie, e mi son messo nelle condizioni migliori per portare nei due occhi uguale quantità di soluzione, e ugual tempo di permanenza. Ho atteso la reazione, la quale quando è stata positiva, si è presentata dopo 10-15 minuti, non più tardi. Ho fatto per brevità una tabella dei casi osservati, in cui le lettere indicano il lato destro o sinistro, e le croci l'intensità della midriasi. Ho aggiunto ai casi iniziali, dei casi di tbc. avanzata, e qualche altra malattia che poteva indirizzarci intorno all'argomento. Ho seguito nella valutazione della positività o meno della reazione pupillare il reperto radiologico, perchè se è vero che talora i segni semiologici ci avvertono di una lesione lì dove i raggi non notano nulla, è altresì sostanziale che la radiografia ci può indicare la estensione del processo, così come talora non ci permette l'osservazione clinica (Rist). Ho inoltre considerato come casi iniziali quelli in cui la velatura degli apici era appena accennata, e talora rischiarabile con i colpi di tosse. Certo questa leggera velatura bisognerebbe interpretarla come una lesione pleurica apicale; da essa si diffonde in secondo tempo la lesione all'apice. Ho considerato come casi unilaterali tutti quelli in cui, se pure i segni fisici localizzavano la lesione ad un apice, i segni invece radiologici mostravano una velatura più o meno intensa di tutto l'emitorace. Ho inoltre aggiunti alcuni casi in cui la lesione era bilaterale, con diffusione del processo, e talora con applicazione di pneumotorace, per notare quale influenza potesse avere sulla midriasi l'immissione di gas nella pleura. (V. tabella a pag. seguente).

Dai casi presi in esame possiamo ricavare il seguente riassunto:

Tbc. unilaterale iniziale: casi 20; posit. 15; neg. 5 = 75 %.

Tbc. unilaterale diffusa: casi 14; posit. 8; neg. 6 = 56 %.

Tbc. bilaterale: casi 32; posit. 21; negativi 11 = 65 %.

Pleuriti: casi 2; posit. 0; negat. 2.
Tumore midiast.: casi 2; posit. 2.
Bronchiti: casi 2; posit. 1; negat. 1.
Angiocolite: casi 1; posit. 0; negat. 1.
Cisti da echinococco del polmone: casi 1; posit. 0; negat. 1.
Ascesso del fegato: casi 1; posit. 1.
Morbo di Basedow: casi 1; posit. 1.
Stenosi mitralica: casi 1; posit. 0; negat. 1.

Num.	Nome Co-gnome	Aniso-coria	Radio-scopia	Segni clinici	Osservazioni
1	S. U.	—	D	D	
2	M. E.	+ S	S	DS	Velatura di tutto il torace S.
3	B. N.	—	D	D	Pleurite basale D.
4	V. A.	++ D	D	D	Opacita diffusa emitorace D.
5	C. N.	++ S	S	S	
6	P. A.	++ S	S	S	
7	G. L.	+ D	D	D	
8	C. E.	+ D	D	D	
9	D. L.	—	D	DS	Infiltrazione D. - Esiti pleurite a D.
10	T. A.	+ S	D	S	Velatura rischiarabile.
				S	Ili peribronchitici evidenti a S.
11	A. F.	—	—		
12	S. F.	++ D	D	DS	
13	P. O.	—	S	S	Tbc. miliare.
14	P. A.	—	S	S	L'instillazione è stata tentata 2 mesi dopo i raggi, a processo diffuso.
15	N. F.	+ D	D	D	
16	M. A.	+ S	D	D	Esiti di pleurite a D.
17	N. A.	—	S	S	
18	D. A.	+ D	D	S	Adeniti cervicali - Scrofolosi.
19	L. P.	+ S	S	S	
20	G. F.	++ S	S	S	
21	C. O.	++ S	S	S	
22	C. E.	+ S	S	S	Dopo 2 mesi l'anisocoria era neg., il rep. radiografico era migliorato.
23	L. C.	++ S	S	S	
24	G. F.	++ S	S	S	
25	I. S.	++ D	—	D	Morbo di Hodgkin - Tumore mediastinico S.
26	C. A.	+ D	D	D	Pneumotorace a D.
27	di G. A.	+—	D	D	
28	T. L.	—	S	S	Pneumotorace a S.
29	T. R.	++ S	S	S	
30	A. G.	+ S	D	S	
31	P. E.	+ S	D	S	
32	F. I.	++ S	S	S	
33	A. N.	—	DS	S	
34	B. V.	—	DS	S	Ascesso ossifluente V cervicale.
35	V. Z.	++ D	DS	D	
36	T. F.	++ S	—	SD	Emottisi.
37	B. E.	+ S	D	S	
38	S. A.	++ D	—	D	Ili aumentati specie verso il basso.
39	A. M.	++ D	—	DS	Bronchite febbrile.
40	di L. D.	—	D	DS	Emottisi - Pleurite a D.
41	A. P.	—	—	D	Febbre vespertina da angiocolite.
42	S. A	+ S	DS	DS	
43	F. F.	? S	DS	DS	
44	C. A.	—	DS	DS	
45	N. A.	++ S	DS	DS	
46	G. M.	+ D	DS	DS	
47	M. S.	—	DS	DS	
48	R. B.	+ D	DS	D	Pneumotorace a S.
49	L. B.	+ D	DS	DS	
50	F. A.	+ D	DS	D	
51	M. E.	+ D	DS	DS	
52	B. V.	— D	DS	DS	
53	A. G.	+ D	DS	S	
54	di M. G.	+ D	DS	S	
55	di A. L.	—	DS	S	
56	Z. F.	+ S	DS	SD	
57	R. A.	—	DS	DS	
58	U. A.	+ D	DS	DS	
59	d'A. A.	++ S	DS	SD	
60	C. L.	+ S	DS	S	
61	G. R.	—	DS	DS	Morbo di Pick - Stato anallergico.
62	M. B.	++ S	DS	S	
63	T. E.	+ S	DS	D	Emottisi - Pleurite a D.
64	A. A.	++ D	DS	D	Iperpiressia - Tifobacillosi ?
65	C. M.	++ S	DS	DS	
66	G. I.	+ S	DS	DS	
67	D. D	—	DS	DS	
68	C. Q.	+ D	—	DS	
69	G. S.	—	S	DS	
70	M. R.	—	DS	S	
71	P. C.	—	—	—	Pleurite essudativa a D.
72	R. G.	—	—	—	Cisti da echinococco al polmone D.
73	S. M.	+ S	—	—	Ascesso del fegato.
74	G. L.	++	—	D	Morbo di Basedow.
75	P. G.	+ D	—	—	Morbo di Hodgkin.
76	P. T.	—	—	—	Pleurite essudativa S.
77	V. .A	—	—	D	Stenosi mitralica.

Dico subito che il risultato positivo nei casi iniziali unilaterali del 75 % già depone per un significato della ricerca che se non è assoluto, è tuttavia di notevole importanza.

Io non ho trovato, come altri AA., una più elevata percentuale, ma tale statistica d'un metodo cercato ed applicato con un rigoroso controllo, scevro da preconcetti, può essere preso in considerazione dal medico pratico nelle sue ricerche.

Una percentuale minore nei casi diffusi unilaterali, con localizzazioni fuori dell'apice, ci fanno pensare che è proprio la cupola pleurica, la quale, risentendo del processo polmonare, viene a stimolare i gangli del simpatico nella produzione dell'anisocoria.

Nei casi bilaterali la reazione pupillare è positiva nel 65 % dei casi. Ben s'intende che questa midriasi, la quale in qualche raro caso è stata dubbia, bisogna interpretarla con la prevalenza del processo di un lato sull'altro. Talora anche a me è stato possibile osservare come la anisocoria si sia manifestata da quel lato ove, anzichè essere più evidente il processo tbc. era invece presente una infiltrazione dell'ilo con tralci numerosi ed evidenti (C. 42, 43, 44, 58), mentre in altri casi era opacato radioscopicamente tutto il torace, ed una leggera velatura apicale dell'altro lato dava la midriasi positiva in quel lato (48, 49, 51, 52).

Come concetto personale, io mi sono convinto che nei casi avanzati bilaterali, la midriasi provocata corrisponde a quel lato in cui vi è una lesione apicale, sia anche minore di quella dell'altro emitorace, e all'ingrossamento con marcata evidenza dei tralci peribronchitici. Lo pneumotorace non ha una evidente influenza sulla midriasi pupillare, perchè nei tre casi in cui fu praticato (26, 28, 48) l'anisocoria una volta fu positiva, una negativa, un'altra volta opposta. Così pure riferisco i casi con pleurite (71, 76) in cui non vi fu midriasi, e tutti i casi (3, 9, 16, 40, 63) in cui ai processi tbc. si aggiunse una pleurite, o vi erano esiti di pleurite, di evidente natura specifica, ed in cui mai la midriasi fu omologa alla pleurite. Questa constatazione è in contraddizione con quanto riferisce il Pansini, il quale avrebbe trovato una notevole percentuale di positività della midriasi nelle pleuriti tbc.

Un'altra constatazione è a fare: nei 5 casi di tbc. iniziale (10, 16, 30, 31, 37) l'anisocoria non era omologa al lato indicato dalla radioscopia, ma sovente a quello dove si ascoltavano i segni fisici. Di tali casi ne ho osservati diversi altri, che non ho aggiunto alla statistica. Tale fenomeno si può spiegare col fatto che quando la lesione apicale, anzichè una irritazione, produce una nevrite od una distruzione delle fibre del simpatico, si ha in luogo del-

la midriasi una miosi, per la prevalenza dai rami costrittivi dell'iride costituiti dai nervi ciliari corti.

Al contrario la midriasi è risultata positiva in un ascesso del fegato, con notevole ingrandimento di questo organo, senza che vi fosse alcun fatto polmonare, sia radiologico sia clinico (73); così pure in un morbo di Basedow la midriasi fu positiva; il respiro aspro che s'ascoltava all'apice destro però non deponeva per una lesione iniziale, come fu dimostrato ulteriormente da diverse radiografie; non ci sembra opportuno neppure ricordare come alcuni AA. abbiano voluto avvicinare il gozzo ad una lesione di origine tbc., sebbene von Brandenstein e Saathoff abbiano riscontrati i segni del morbo di Basedow presentarsi con frequenza fra i ricoverati nei sanatori. Piuttosto è da pensarsi che in questa malattia, essendovi una disfunzione endocrina, le fibre del simpatico vengono a subire la stessa irritazione che nella tbc.

In una ciste da echinococco del polmone tutti i reperti furono negativi; ma come fu già notato da altri, la midriasi è stata positiva nei casi (25, 75) di tumore mediastinico da morbo di Hodgkin; però mentre il tumore era situato in un lato, la midriasi appariva nell'altro lato. In due casi di bronchite acuta si è avuta l'anisocoria positiva una sola volta. In un caso di stenosi mitralica (77) in cui si ascoltavano dei rantolini umidi nella fossa sopra e sotto spinosa di destra, con ipofonesi alla percussione, tanto la radioscopia, quanto l'anisocoria furono negative, e ciò conferma quanto abbiamo notato in principio.

CONCLUSIONE.

Nella diagnosi d'una lesione specifica apicale resta come mezzo sovrano il reperto semiologico, messo in rapporto a tutti gli altri dati che ci offre l'infermo.

Un metodo ausiliario di ricerca è dato dall'anisocoria provocata mercè una soluzione di atropina, o più facilmente con quella di cocaina al 4 %, la quale permette di poter sospettare una localizzazione, talora iniziale. La sua alta percentuale di positività può dare un certo valore a questo metodo d'indagine, il quale, però deve, per l'osservazione di stretta specificità, essere opportunamente valutato alla stregua della sindrome clinica.

BIBLIOGRAFIA.

BEHR. Klin. Monatsbl. f. Augen., t. XVI, 1921.
BETCHEREW. Deut. Zeitsch. f. Nereunheilkunde, nov. 1895.
BICHELONNE. Ann. d'Oculist. t. 134, 1905.
BOUCAUD. Thèse de Paris, 1921.
BRUGI. Pensiero Medico, 1924.
CANTONNET. Presse Méd., 1909; Société de Neurologie, nov. 1909; Journ. de Méd. int., 1909; Rev. de Neurol., 1909; Journ. des Pratic., 1921; Clinique et lab., 1923.
CHAUFFARD et LOEDERICH. Arch. gén. de Méd., n. 107, 1905.
CHAUVET. Journ. des Prat., 1921; La méd. pratique, ott. 1922.
DEBRE et LAPLANE. Presse Méd., febbr. 1924.
DEHERAIN. Presse Méd., 1904.
EHRMANN. Berl. Klin. Woch., n. 14.
FODOR. Mem. Medic. Woch., 1910; Wiener Klin. Woch., n. 11, 1910.
FANELLI. Rif. med., 1923.
KADING. Münch. Mediz. Woc., febbr. 1924.
JOUSSET. Concourh. Méd., 1923.
JESSEN. Lungenschwindsucht u. Nervensystem, 1905.
ISOLA. Note e riv. di Psich., f. 9, 2.
JULLIEN. Thèse de Paris, 1923; Annal. de Méd., t. XV, febb. 1924.
LEDROIT. Thèse de Paris, 1906.
MARTIN. Le Bull. Méd., apr. 1922.
MASSALONGO. Rep. di Med. int., 1911.
MOGGI. Minerva Méd., marzo 1924.
MUTHU. British Med. Jour., 1920.
NOVELLO. Boll. delle tre Ven., 1921.
PANSINI. La Riv. Med., 1924.
PERIN-ALIBERT. Rev. de la Tub., 1921.
PERNOT. Thèse de Paris, 1904.
PISONI. La Tuberc., 1923.
RIST. Jour. Méd. Franc., t. VIII, 1913.
ROQUE. Gaz. Méd. de Paris, 1869.
SERGENT. Progr. Méd., 1912; Monde Méd., 1913; Accad. de Méd., 1921; Rev. de la Tuber., 1921; Presse Méd., 1922.
TURBAN. Beiträge f Kennit d. Lungen., 1899.
ZIEGLER. Zeitschr. f. Tuberk. H. I. B. 39.

NOTE E CONTRIBUTI.

La cura della encefalite letargica col neosalvarsan.

Prof. CESARE AGOSTINI,
della Università di Perugia.

Ebbi già nella seduta del 29 marzo a comunicare alla Accademia Medico-Chirurgica di Perugia di avere sottoposto alcuni infermi di encefalite passata a cronicità a tipo pseudoparkinsoniano ad iniezioni metodiche per via endovenosa di neosalvarsan a dosi da 0,15 a 0,50 con intervallo di otto giorni dall'una all'altra iniezione.

Ai sette parckinsonoide sottoposti a tale trattamento debbo aggiungere oggi tre casi di encefalite acuta ad ugual trattamento sottoposti.

In tre degli encefalitici cronici si è notato fin dalla quarta iniezione la diminuzione della rigidità muscolare, della difficoltà della loquela, della sonnolenza e sopratutto si è modificato notevolmente quel particolare intoppo psichico che ho denominato *bradipsichia* e che fa somigliare questi infermi a dementi precoci.

Questo risveglio psichico è accompagnato da un senso di particolare benessere che perdura abbastanza a lungo.

In un caso nel quale vi erano accentuati tremori questi sono diminuiti notevolmente. Negli altri quattro soggetti non si sono avuti fatti di miglioramento degni di menzione, ma bisogna tener presente che erano casi più gravi ed inveterati.

Con uguale trattamento ho curato nel riapparire della malattia nella primavera di quest'anno una giovanetta colpita a febbraio dalla nota fenomenologia encefalica, con predominio di disordine psichico motorio, con ipersonnio, ptosi palpebrale, strabismo, contrazione clonica dei muscoli della faccia.

Dopo la sesta iniezione si è ricomposta la psiche, si è dileguata la sonnolenza e diminuita la ptosi palpebrale, lo strabismo, si è riordinata la nutrizione per cui l'inferma ha lasciato l'Ospedale in via di guarigione.

Un'altra giovanetta della pratica privata colpita nel marzo da encefalite ha presentato principalmente fatti paretici a carico del terzo, quarto e sesto paio dei nervi cranici, rigidità muscolare, ipersecrezione salivale, ipersonnio e forte depressione psichica.

Dopo una serie di iniezioni si è avuto un deciso miglioramento con la scomparsa della sonnolenza, della paresi dei nervi oculari, della ipersalivazione e della rigidità muscolare.

In un terzo soggetto, professionista sulla quarantina, ammogliato con prole sana, la encefalite si manifestò nella seconda metà di febbraio con cefalea intensa, strabismo, disturbi del sonno, paresi del facciale inferiore di sinistra, rigidità dei muscoli mimici, rallentamento notevole dell'attività psichica. Dopo una serie di iniezioni di neosalvarsan i suddetti fenomeni si sono completamente dileguati ed è rimasto soltanto un certo grado di sonnolenza diurna e di stanchezza psichica.

I casi così trattati sono certamente pochi fino ad oggi e solo può parlarsi di una remissione dei sintomi più importanti nei soggetti che di recente sono stati contagiati dall'infezione. Nei casi passati a cronicità solo in quelli nei quali non siansi verificate lesioni distruttive dei centri nervosi si può riscontrare una favorevole modificazione della rigidità muscolare, della sonnolenza e del brandipsichismo. Con vantaggio in questi ultimi casi ho aggiunto al neosalvarsan un 1/2 mmgr. di bromidrato di scopolamina.

Nello sconforto dei tentativi terapeutici finora usati con vantaggi problematici e transitori questo trattamento che non ha dato luogo finora a nessun inconveniente, è bene sia adottato per combattere per quanto è possibile la fenomenologia gravissima e progressivamente aggravantesi nella grandissima maggioranza dei casi dei colpiti dall'encefalite epidemica.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Versamento pleurico a rapidissima riproduzione in un cardiopaziente luetico

per il prof. GIOVANNI GALLI (Lecco).

Ho osservato un caso di idrotorace, che si riformava così abbondantemente e con tale rapidità, da meritare di essere reso noto. Si trattava di un uomo di 51 anni, con precedenti di grande attività e che dal nulla aveva conquistato un posto distinto nell'industria degli orologi. Cinque anni prima che io lo vedessi, aveva avuto un'ulcera sifilitica, alla quale seguirono sintomi secondari, tipici, ed alla fine una grave localizzazione luetica sull'aorta. Obiettivamente si constatava con facilità una rilevante insufficienza delle valvole aortiche, con *cor bovinum*, e versamento nella cavità pleurica destra, tale da riempirla quasi in totalità. All'esame radiografico si vedeva una discreta dilatazione aneurismatica del tratto ascendente aortico, rilevabile anche colla percussione. L'esplorazione attraverso il giugulo lasciava percepire il battito scoccante dell'aorta, con un fremito evidente di *va* e *vieni*. La prova del Wassermann era positiva.

Tutto ciò costituisce, pur troppo, un quadro abbastanza frequente, e noto ad ogni medico, e non meriterebbe davvero di essere pubblicato. Il fatto tipico invece era il versamento pleurico. Nel decorso di 50 giorni il paziente aveva subito 18 toracentesi con l'estrazione di circa 30 litri di liquido, coi caratteri del trasudato. Era stato visto da medici eminenti, tra cui un noto clinico di Università straniera. Le cure fatte erano state di conseguenza varie, ma tutte senza risultato sull'andamento progressivo e grave della malattia.

Il giorno 4 novembre, quando il malato venne da me, dopo un lungo viaggio in ferrovia, la dispnea era così rilevante ed accompagnata da altri disturbi subiettivi ed obiettivi (insonnia, smania ed irrequietezza, polso 160, poco valido, respiro 46, oliguria), che decisi di evacuare una parte del liquido toracico. Era questa quindi la 19ª toracentesi, e che diede luogo alla fuoriuscita di 2500 gr. di liquido, con grandissimo sollievo del paziente, e con caduta del polso a 80 e del respiro a 26.

Allo scopo di impedire la rapida riformazione del liquido, ordinai una cura intensiva cardiocinetica e diuretica (estratto di strofanto con agurina) ed iniziai un trattamento antiluetico energico, pur essendosi in precedenza già eseguite consimili cure.

Dopo un apparente miglioramento di due giorni, dovuto come è chiaro dal successivo decorso, ad un effetto psichico, il liquido riprese a formarsi con una rapidità davvero singolare. Il giorno 9, vale a dire 5 giorni dopo la 19ª puntura toracentesi, il polmone destro si constatava obiettivamente respinto verso la regione apicale, ed in uno stato di quasi completa atelectasia. Lo stato del paziente era all'incirca identico a quello del giorno 4, nè appariva possibile un'ulteriore attesa. Si fece perciò il giorno 9 la 20ª toracentesi con l'estrazione di 2500 grammi di liquido, stavolta notevolmente ematico, alla quale seguirono, come per incanto, uno stato di benessere istantaneo ed un reperto obiettivo assai soddisfacente.

Feci continuare il trattamento ordinato, aggiungendovi delle iniezioni endovenose di strofantina e per moderare l'insonnia, qualche dose di morfina. Venne intanto chiamato a consulto un notissimo clinico di fama internazionale, il quale fece prognostico fatale, limitandosi a consigliare l'estrazione di piccole quantità di liquido.

La sera del 12, quando il paziente aveva appena finito di mangiare, insorse un violento attacco di dispnea, con sensazione di prossima fine e sintomi obiettivi inquietanti (polso misero con una frequenza di 160, cianosi, respiro 58, ed irregolare, torace destro ricolmo). Si pratica la 21ª toracentesi con la fuoriuscita di 2200 gr. di liquido, pure sanguinolento, come la volta precedente. Notte ottima.

Giorno 13. — Oliguria (600 gr.), polso di nuovo frequente, ritorno della dispnea. Il paziente reclama, e con lui la famiglia, di essere liberato dalle molestie respiratorie con la toracentesi. Iniezioni di morfina.

14. Alla sera inquietudine muscolare, smania, tachicardia, dispnea rilevante. Di nuovo ottusità pleurica totale. Morfina, canfora, teofillina.

15. Continuano le molestie oramai intollerabili. Diuresi scarsa. Digalen per iniezione endovenosa, morfina. Alla sera toracentesi (la 22ª) con l'estrazione di 1250 gr. di liquido. Notte buona.

16. Ritorno dei sintomi obiettivi e subiettivi a rapido andamento.

17 mattina. 23ª toracentesi con 1330 gr. di liquido, meno ematico delle volte precedenti. Alla sera, ore 9 e mezza, agitazione, dispnea. Non trova requie nel letto, vuol camminare. Morfina, poi canfora. Notte discreta.

18. Di nuovo come il giorno 16.

19. 24ª toracentesi con 2000 gr. di liquido limpido. Stato subiettivo ottimo.

20. Giornata discreta.

21. Ritorno dei sintomi obiettivi e subiettivi da compressione; notte pessima; oliguria, idrotorace quasi totale. Cuore debole.

22. 25ª toracentesi con 2000 gr. di liquido. Diuretici e cardiocinetici.

23. Agitazione, depressione psichica grave. Sintomi allarmanti. 26ª toracentesi con 1900 gr. di liquido. Benessere, euforia.

25 sera. Di nuovo sintomi gravi; il paziente reclama imperiosamente, in maniera assoluta, di essere liberato, così pure la famiglia. 27ª toracentesi con 2300 gr. di liquido limpido. Senso di benessere, come per incanto; sintomi generali soddisfacenti.

26-27. Strofantina per iniezioni endovenose, morfina, teofillina. Cuore e reni discreti.

28. Ritorno dei sintomi da compressione. Alla sera toracentesi (la 28ª) con 1800 gr. di liquido. Benessere e notte buona.

29. Giornata discreta.

30. Di nuovo riformazione del trasudato, con sintomi cardiaci e dispnoici. Deperimento evidente, avversione al cibo.

1 dicembre. — Toracentesi (la 29ª), con 1000 grammi di liquido. Scomparsa dei sintomi molesti; euforia.

Nella notte dall'1 al 2 dicembre, alle tre del mattino, emorragia terminale per rottura dell'aneurisma; *exitus* quasi istantaneo, con emissione di sangue rutilante per la bocca.

È un caso raro e doloroso, nel quale la resistenza morale del paziente, ed anche del medico, venne messa a dura prova; le sofferenze erano gravi e triste era la non possibilità di recare migliore aiuto. *Nel decorso di* 78 *giorni vennero praticate* 29 *toracentesi, con l'estrazione di cinquantuno litri di liquido.*

Sono noti in letteratura casi di idrotorace con riproduzione rapida del liquido pleurico, ma di lunga non così imponenti come il mio caso.

Nel trattato di Eichhorst (1) si legge quanto segue: « v. Ziemssen fece la toracentesi in un caso 16 volte nel decorso di 3 mesi e mezzo. La prima toracentesi venne eseguita, quando il paziente era quasi moribondo. Il medico ha

---

(1) *Handbuch der Path., etc.*, 1904, pag. 782, vol. I.

spesso il dolorose dovere, di conservare la vita del malato più a lungo che possibile, anche se la lotta è senza speranza di un guadagno duraturo e anche se le sofferenze del paziente vengono aumentate ». Su questa affermazione del defunto clinico di Zurigo vi sarebbe molto a dire; senza essere fautori espliciti dell'eutanasia, possiede il medico oggi mezzi sufficienti ed efficaci, per alleviare le sofferenze anche delle malattie più dolorose, senza abbreviamento della vita.

Dieulafoy (1) scrive quanto segue: « La riproduzione rapida e tenace del versamento pleurico è un segno comune delle pleuriti emorragiche tubercolari e cancerose. In uno dei miei malati le toracentesi si sono succedute *coup sur coup*, in modo tale che se ne dovettero praticare *35 in 5 mesi*, coll'estrazione di 20 litri di liquido emorragico. In una osservazione di Desnos si fecero 30 toracentesi, nel periodo di 6 mesi, in una giovane donna di 31 anni, con un cancro pleurico, ritirando 40 litri di liquido emorragico. Quando la riproduzione è rapida e tenace, si è obbligati di evacuare frequentemente; il malato lo reclama con insistenza per il sollievo alla sua oppressione ».

Pur essendovi nel mio caso alcune toracentesi con liquido emorragico si esclude facilmente una pleurite tubercolare, o da tumore maligno. Non vi era dolore puntorio, nè localizzato, nè irradiantesi in direzioni multiple, come avviene nei tumori della pleura. Non vi era la tipica, grande e progressiva diminuzione delle forze; non la tosse spossante, che nulla espettora, come nei versamenti da neoplasmi pleurici. Non eravi edema da compressione della cava superiore, non risentimento glandolare alle ascelle ed alle regioni cervicali e clavicolari, non elementi neoplasici nel liquido pleurico, che aveva invece i caratteri del comune trasudato da stasi (2).

Di tubercolare nulla eravi nel corpo del nostro infermo; il polmone era integro anatomicamente e semioticamente, non vi era espettorazione, non reperto specifico dal versamento, non rialzi di temperatura.

Non esistevano cachessie, non nefrite, non anemia od altre malattie, che, causando un impoverimento del sangue, od una maggiore permeabilità dei vasi, conducono all'idrotorace, il quale del resto nel mio caso era unilaterale. Non vi erano poi fatti da stasi in altre parti del corpo, come avviene in tali contingenze morbose, per cui non resta che a pensare ad un fatto locale, e determinato da una ragione circolatoria locale.

In questo modo di vedere si è confortati anche dalla considerazione, che versamenti locali avvengono appunto in altre cavità, per un ostacolo circolatorio e precisamente colla stessa rapidità, come nel caso attuale. Quando per una ragione qualunque il tronco della vena porta è compresso, oppure lo sono i suoi rami, come nella cirrosi epatica, ha luogo una stasi nelle radici portali, con le note conseguenze: rigonfiamento splenico, catarro gastrico ed enterico, emorroidi e varici esofagee e, ciò che a noi interessa, ascite. Se non si formano sufficienti vie collaterali, il versamento addominale può, come è noto, raggiungere proporzioni rilevantissime e riformarsi con grande rapidità, dopo la paracentesi.

Le alterazioni cardiache ed aortiche, di cui era affetto il nostro paziente, sono il fulcro patogenetico per la spiegazione dell'ostacolo circolatorio, determinante l'idrotorace. Il liquido estratto ebbe due volte il tipico aspetto ematico ed all'esame microscopico si vedeva trattarsi di sangue recente. Già in precedenza, si era notato del sangue in una delle prime 18 toracentesi, ma nelle successive il liquido riprendeva il suo aspetto citrigno, trasparente, senza traccia di sangue.

È noto come negli aneurismi si possono avere frequenti emottisi, seppure di lieve entità. La tunica esterna, assieme coi tessuti viciniori, dell'aneurisma è in uno stato di flogistica reazione, con neoformazioni connettivali, così da costituire una specie di parete protettiva dell'aneurisma. Queste neoformazioni, talora di vari strati, contengono vasi sanguigni giovani, come vasi sanguigni si trovano alla periferia di tutto il blocco aneurismatico. Sotto i colpi sistolici dell'aneurisma, o per trazione, o per strappo, o per altra ragione, qualcuno di tali vasi sanguigni si apre, dando luogo ad emorragie di entità diversa, secondo il calibro del vaso, la forza della corrente in esso e la rapidità, con cui si forma il coagulo. Così, per settimane e mesi, si possono avere piccole emorragie ripetentesi, finchè si ha la definitiva rottura dell'aneurisma, o all'esterno, come è raro, oppure nella pleura, come è più frequente, o nei bronchi, o nell'esofago. Hampeln ha visto emottisi succedentesi, per la durata di 4 mesi, prima della rottura dell'aneurisma.

La presenza di sangue nell'idrotorace non è quindi cosa che rechi sorpresa, tanto più se la presenza è intermittente, come nel nostro caso. In questo il sangue si è avuto tre volte

(1) *Pathol. interne*, vol. I, pag. 553. Paris, 1904.

(2) CARDARELLI. *Le pleuriti emorragiche*. Medicina italiana, 1909, 33.

soltanto; ciò porta ad indurre che la parete di neoformazione perianeurismatica era piuttosto resistente verso la pleura. Indubbiamente la toracentesi (e se ne fecero 29) aveva lo svantaggio di esercitare una aspirazione sulla parete aneurismatica in rapporto colla pleura, come avverrebbe per gli aneurismi della base del cervello colla puntura alla Quinque. La rottura invece avvenne nell'esofago e fu tanto grave da provocare la morte in maniera rapidissima.

Nelle cardiopatie avviene con una certa frequenza, che si formi un idrotorace destro, senza altri segni di stasi circolatoria in altre parti. La spiegazione di questo idrotorace destro è tutt'altro che facile. Varisco (1) riprende lo studio della questione, che chiama «una delle più vessate della patologia» e sottopone ad esame l'ipotesi formulata dal mio maestro, Baccelli, secondo il quale, come si sa, la causa dell'idrotorace starebbe in uno stiramento e conseguente schiacciamento della azigos contro il bronco, stiramento causato dall'aumento di volume e di peso del cuore ipertrofico. Evidentemente vi deve essere una concausa a questo meccanismo, poichè i cuori ipertrofici, dilatati e comunque aumentati di peso, sono assai frequenti, mentre l'idrotorace destro è relativamente raro.

Non essendosi ottenuta l'autopsia, non ho potuto nel nostro caso constatare direttamente la ragione dell'ostacolo circolatorio; ciononostante esso permane interessante per la sua rarità, per la sua chiarezza e per la veramente sorprendente tenacità e rapidità, con cui il liquido pleurico si riformava, così che si dovettero fare 29 toracentesi, con l'estrazione di 51 litri di liquido, nel breve corso di 78 giorni.

(1) *Considerazioni anatomiche sulla patogenesi del versamento pleurico destro nei cardiopazienti.* Archivio di Patologia e Clinica medica, vol. I, fasc. 6, 1922.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

Una modificazione della comune fiala a due punte.

Dott. A. SACCHETTI.

La forma di questa nuova fiala è semplicissima, anzichè avere il beccuccio ad ambedue le estremità, come nelle già note in commercio, è munita invece di due beccucci ad una sola estremità di essa, e per questa differenza ha il vantaggio di poterla vuotare con la massima facilità e senza alcun pericolo di dispersione del liquido.

Il suo modo di funzionare è dimostrato con la massima evidenza dalla sottostante fig. 1

Fig. 1

per cui è superfluo descriverlo. Essa torna utile oltre che per quei liquidi i quali, per la loro volatilità o per altre ragioni, mal possono essere contenuti nei comuni flaconi a tappo smerigliato, anche in quei casi in cui il liquido contenuto nella fiala, anzichè venire aspirato dalla siringa, deve essere versato direttamente in altro recipiente. Se in tal caso si fa uso della comune fiala ad una sola punta il liquido, per ovvie ragioni, difficilmente ne sgorga fuori, anche scuotendolo (fig. 2).

Volendosi a tale scopo utilizzare la fiala a due beccucci opposti, appena rotte le due punte, il liquido esce d'un tratto, e, se non si ha

la **precauzione e la abilità di** tenerla **ben** ferma e perpendicolare **sul** recipiente che deve

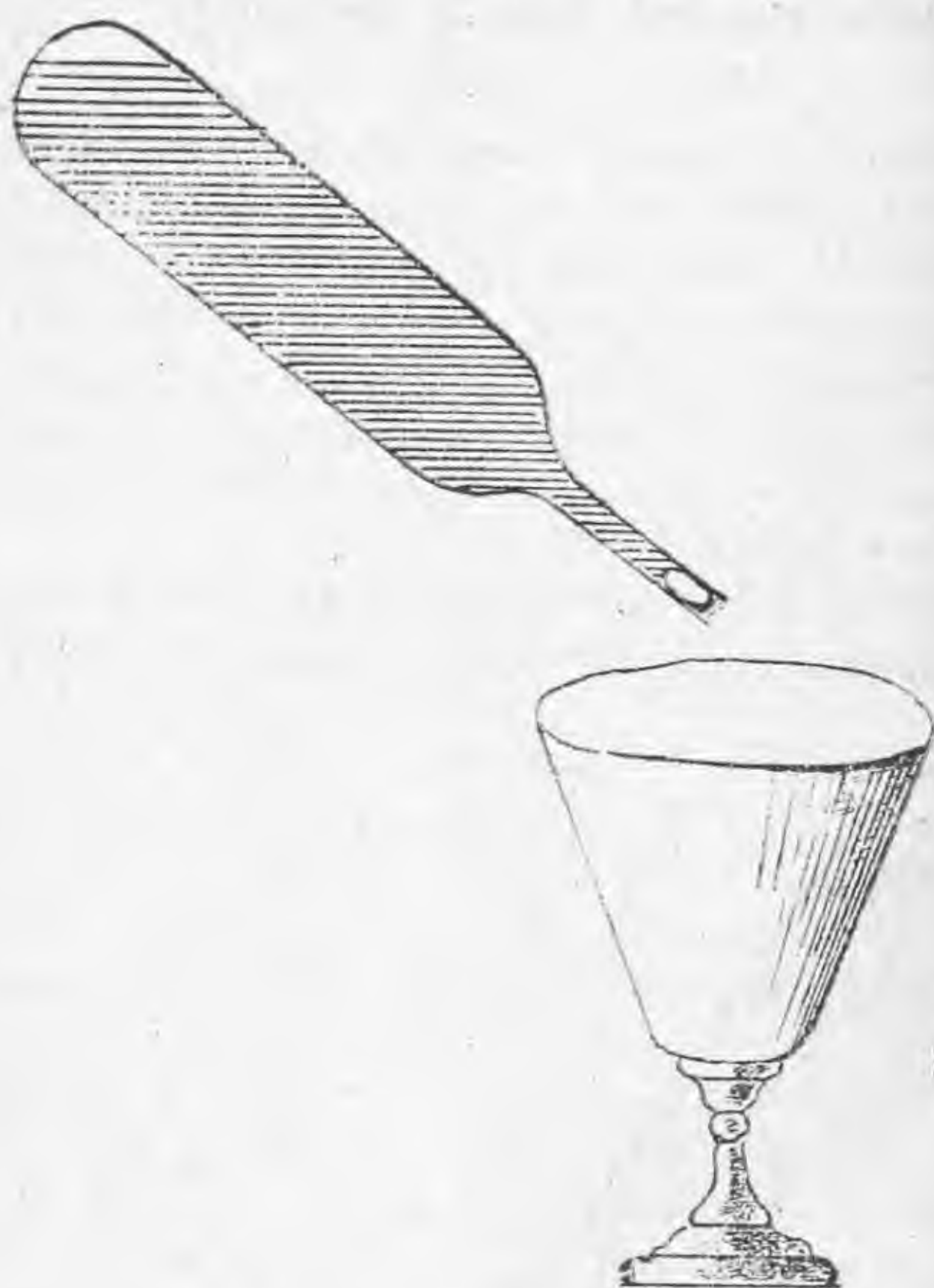



Fig. 2

accoglierne il contenuto, cosa facile a verificarsi nell'atto di rompere la seconda punta.

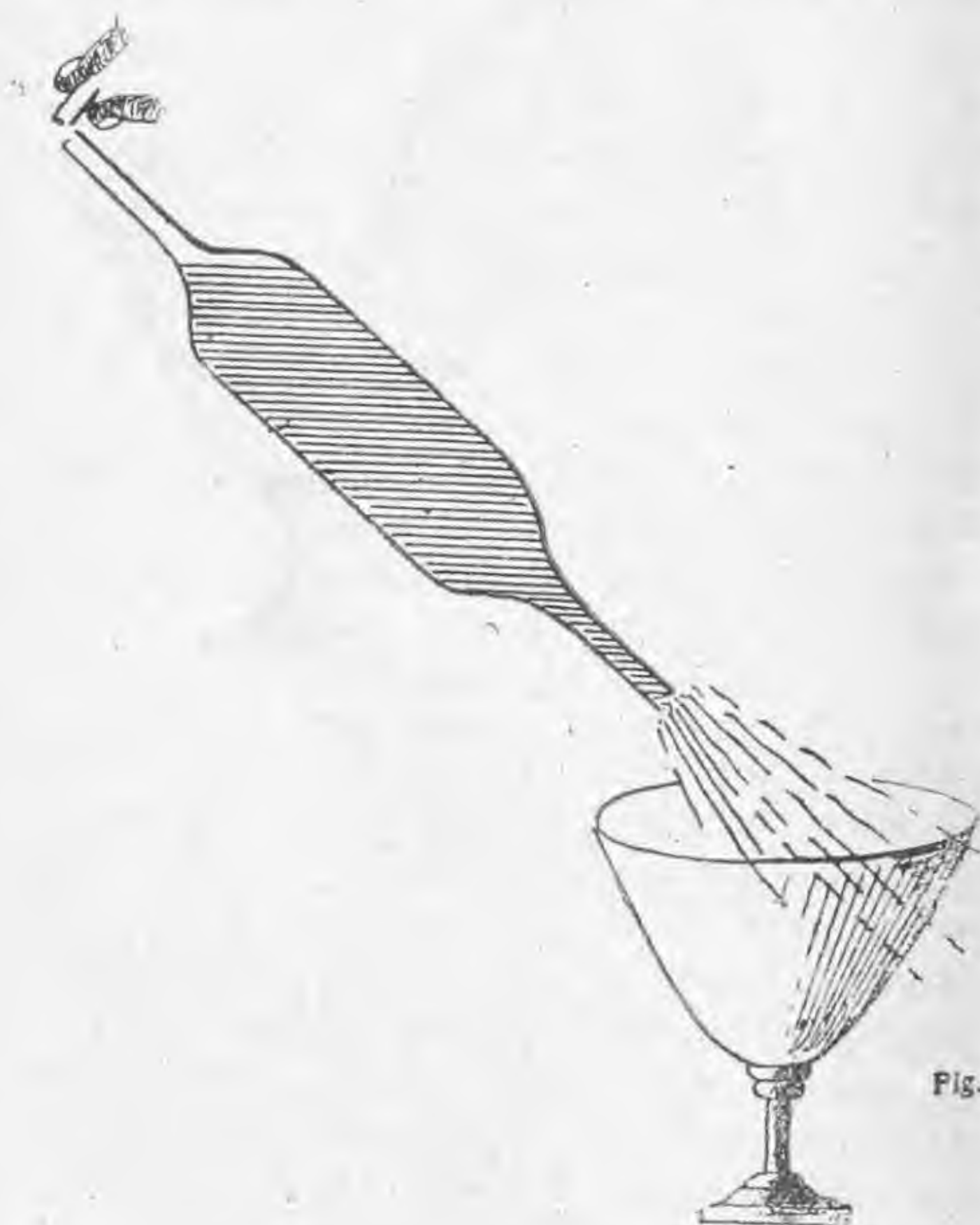



Fig. 3

il contenuto può andare totalmente o in parte perduto (fig. 3).

E ciò valga anche riguardo alla nota e tanto utile, specie per i medici condotti di campagna, fiala contenente soluzioni per ipodermoclisi. Appena in essa è aperta la punta superio, il liquido esce con violenza per il beccuccio inferiore e quindi per l'annesso tubo di gomma, ecc. nè sarebbe più facile trattenerlo se, per qualsiasi ragione, ne sorgesse la necessità. Questi inconvenienti non si verificano affatto con la fiala a due beccucci unilaterali da cui si può fare uscire il contenuto a volontà, sia a geto continuo, sia a goccie (fig. 1).

Questa fiala può anche tornare utile per quelle sostanze medicamentose che si alterano al contatto prolungato dell'aria o per quelle sostanze che debbono essere somministrate in quantità esattamente dosate. Così invece di distribuirle in bottiglia con la solita prescrizione: da prendersi a cucchiai da ministra o da dessert o da caffè, misura questa sempre inesatta perchè difficilmente trovansi nelle famiglie cucchiai della voluta capacità, si potrebbe consegnare al paziente una serie di suddette fiale a due beccucci contenente ciascuna la giusta dose del farmaco prescritto. E questo sistema di distribuzione dei medicinali è da preferirsi anche alle note bottiglie con annesso un bicchierino graduato per la dosatura, poichè il medicinale racchiuso nelle fiale non si altera come può alterarsi in una bottiglia specie nelle ultime dosi.

Ho pubblicato questa breve nota non con la pretesa di far conoscere una grande novità, ma con la speranza di rendere un, sia pur modestissimo, contributo nel difficile e complicato campo dell'arte nostra.

Acquacanina (Macerata).

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA DIGERENTE.

Ricerche sulla funzione gastrica e pancreatica dopo resezioni estese di stomaco.

(G. STEIN & E. FRIED. *Wien. Klin. Wochenschr.*, n. 44, 1923).

Contrariamente ai risultati di ricerche più antiche lo studio del succo duodenale colla sonda di Einhorn ha dimostrato che in condizioni di depressione della secrezione gastrica vi è una ipersecrezione, forse di compenso, da parte del pancreas. Gli AA. hanno studiato la questione nei malati di ulcere operati da Schnitzler. Questo chirurgo esegue resezioni di due terzi o addirittura di tre quarti di stomaco, fa poi la anastomosi coll'intestino secondo il metodo Billroth I.

Gli esami eseguiti furono 58 in 38 pazienti, in massima parte affetti da lesioni ulcerative; in alcuni l'esame fu potuto eseguire prima e dopo l'intervento. Oltre l'acidità del succo gastrico e duodenale hanno saggiato nello stomaco quantitativamente la pepsina e il labfermento, nel succo duodenale la tripsina e la diastasi. I risultati sono stati questi:

1) Stomaco. Controlli (soggetti normali).

a) a digiuno: HCl libero = 5-86 %. Acid. tot. = 15-94 %;

b) dopo il pasto di prova: HCl libero = 28-61 %. Acid. tot. = 50-89 %.

Hanno osservato che a valori alti a digiuno corrispondevano valori più bassi dopo il pasto e viceversa. Riguardo ai fermenti:

i) pepsina:
- *a*) a digiuno: 9-10;
- *b*) dopo il pasto: 8,5-12.

ii) labfermento:
- *a*) a digiuno: 14,5-20,5;
- *b*) dopo il pasto: 17-21,5.

2) Nel succo duodenale:
- *i*) tripsina: 10-11,5;
- *ii*) diastasi: 10-12.

Negli esami eseguiti poco tempo dopo l'operazione trovarono lo stomaco pieno di un liquido denso, verdastro, che sarebbe dovuto, secondo quanto confermerebbero le ricerche di Sanocki, Popielsky e altri, alla sezione delle fibre secretive dello stomaco. Siccome questa aumentata attività secretoria dello stomaco dura 2 mesi circa e poi diminuisce notevolmente fino a scomparire del tutto in alcuni casi, così gli AA. hanno diviso i loro esami in precoci eseguiti nei primi 2 mesi e tardivi eseguiti dopo questo tempo. Nello stomaco hanno trovato costantemente una ipo- e anacidità. I valori dell'acido cloridrico libero passano appena lo zero e quelli dell'acidità totale oscillano tra 0 e 10 % a digiuno e 8 e 25 % dopo il pasto di prova. In alcuni casi da principio si aveva una piccola quantità di acido cloridrico libero a digiuno, ma questa scompariva trascorso qualche tempo dall'operazione. Così pure nei casi precoci i valori dell'acidità sono relativamente più alti a digiuno che dopo i pasti.

Anche i valori della pepsina erano notevolmente abbassati nei casi precoci, ma più nei tardivi (da tre a 6,5). Il comportamento del lab-fermento era simile a quello della pepsina. Solo in un caso si potè constatare un'assenza completa del lab e questo due anni e 8 mesi dopo l'operazione. Per quello che riguarda il duodeno gli AA. hanno osservato in generale un comportamento normale dopo le operazioni sullo stomaco e spesso un succo più ricco di fermenti. Compenserebbe così la insufficienza digestiva dello stomaco dopo le estese resezioni. Questa iperfunzione vicariante del pancreas è stata anche osservata da altri autori (Schoppe, Deloch) in casi di insufficiente secrezione gastrica.

M. ASCOLI.

Le stenosi piloro-duodenali dovute a litiasi biliari e loro trattamento.

(PAPIN. *Journal de Chirurgie*, n. 1, 1924, gennaio).

Nella colelitiasi, come è noto, le turbe piloroduodenali sono frequenti e d'ordinario son dovute a fatti riflessi o di vicinanza.

Data questa loro natura la colelitiasi è tutto e la gastropatia è nulla quindi basta la colecistectomia per curare l'infermo.

Però alcune volte i disturbi piloro-duodenali son dovuti a vere stenosi, le quali meritano speciale considerazione chirurgica ponendo dei problemi terapeutici non facili a risolvere.

Sono stati pubblicati varii casi del genere variamente curati, e con esito diverso. (Fridmann, Cotte, Tuffier, Bircher, ecc.). L'A. ne aggiunge uno personale che riguarda una donna operata in primo tempo di colecistectomia per calcolosi della cistifellea e dopo 2 mesi di G. E. per consecutiva stenosi della II porzione del duodeno. L'inferma morì in 6ª giornata.

Dal punto di vista terapeutico è interessante distinguere la vera stenosi dai comuni disturbi piloro-gastrici. La diagnosi è facile quando i fatti si stabiliscono gradatamente, se no è difficile.

Può essere di aiuto l'esame radiologico. Però occorrono in questo esame come in quello clinico sintomi molto chiari e gravi.

Una stenosi del duodeno è molto sospetta, però non è sufficiente osservare un certo ritardo di vuotamento e un'antiperistalsi duodenale, occorre un ristagno duodenale di 7-24 h. e una dilatazione a monte ben evidente.

Anatomia, patologia e patogenesi. — Le vere stenosi sono relativamente rare di fronte alla frequenza dei disturbi piloro-duodenali nelle colelitiasi per farcene un'idea: il Kehr su 1000 infermi le ha riscontrato 22 volte.

Oggi che si vano operando i colelitiasici sempre più precocemente, le stenosi, che costituiscono per lo più una complicazione tardiva, si vanno facendo ancora più rare.

La stenosi può avere sede nel piloro e nel duodeno secondo Tuffier con eguale frequenza; nel duodeno e più frequentemente nella 1ª porzione che nella 2ª.

Diversi meccanismi possono produrre il fenomeno come già hanno rilevato Tuffier, Marchais, ecc.

1) Può trattarsi, evenienza alquanto rara, di *una compressione esercitata da una grossa vescichetta piena di calcoli.* Queste vescichette in generale sono debolmente aderenti; le forti aderenze invece son proprie delle vescichette piccole e retratte.

2) Può trattarsi, evenienza anche questa alquanto rara, dell'*incuneamento di un grosso calcolo* nella regione piloro-duodenale.

Secondo Villard questi calcoli scenderebbero in massima parte per il coledoco; secondo Delagenière invece tale vie è assai rara, e in 28 su 30 casi il calcolo scende per una fistola colecisto-duodenale.

Il caso dell'A. conferma quest'ultima osservazione, ed egli crede che la fistolizzazione ha una grande importanza chirurgica per le salde ed estese aderenze che la precedono e per la possibilità di saccoccie purulente con calcoli o meno fra le aderenze.

3) Infine la patogenesi più comune è data da una *pericolecistite adesiva* che può stenosare in 4 modi:

per produzione di briglie;

per produzione d'un cordone che va dal g. omento alla cistifellea;

per sclerosi e retrazione del piccolo omento che traendo l'angolo tra I e II porzione del duodeno lo inginocchia;

per produzione d'un ammasso fibroso compressore che talvolta contiene un ascesso nel centro e talvolta mentisce un vero tumore anche all'osservazione operatoria.

Possono aggiungersi due complicazioni anatomiche che accrescono gli effetti stenotici: *a*) un *ispessimento* fibroso della parete del duodeno che può arrivare ad una altezza di 1/2 cm. e più; *b*) e una ipertrofia della testa del pancreas più accentuata dell'ordinario.

Complicazioni presenti nel caso dell'A.

Infine son da segnalare le stenosi piloro-duodenali consecutive ad operazioni sulle vie biliari, che possono seguire ad operazioni anche molto semplici (Glass, Fisterer).

Trattamento chirurgico.

I comuni disturbi dispeptici dei colelitiasici scompaiono dopo la colecistectomia, ma quelli dipendenti da vere stenosi possono richiedere un trattamento speciale.

Nella cura di questi infermi si possono proporre tre interventi: 1° la G. E. semplice; 2° la colecistectomia semplice; 3° l'associazione dei due processi.

L'indicazione ai suddetti interventi diversi sta nelle condizioni anatomiche del caso.

Quando si *tratta di grosse cistifellee* calcolose basta la semplice colecistectomia, perchè le aderenze non sono forti e la canalizzazione piloro-duodenale si ristabilisce spontaneamente.

Quando si *tratta di grosso calcolo incuneato* nei pochi casi finora esistenti è stata praticata con successo la G. E. e poi l'asportazione del calcolo per duodenotomia perchè gli operatori si sono accorti dopo del calcolo. Però secondo il Goullioud dovrebbe bastare la semplice duodenotomia e asportazione del calcolo; ma senza colecistectomia, aggiunge l'A., perchè questa sarebbe molto grave per le aderenze.

In due degli operati di G. E. e asportazione del calcolo si ha avuto emorragia grave e in uno mortale, in questo era dovuta ad ulcera pilorica.

Quando si *tratta di ammassi fibrosi da pericolecistite* l'intervento deve variare secondo che si tratta d'una colelitiasi in evoluzione o spenta.

Se la *malattia è in evoluzione* l'azione deve essere rivolta contro la cistifellea; è stata praticata con qualche successo la *colecistostomia*, però il processo di scelta deve essere la *colecistectomia* dopo la quale se anche il duodeno è ispessito e raddoppiato da aderenze riacquista la sua permeabilità.

Se invece la *malattia è spenta* la stenosi è una lesione residua e basta provvedere alla canalizzazione del tubo gastro intestinale. A questo scopo sono stati tentati con successo: l'asportazione del blocco cicatriziale, la piloroplastica, la pilorectomia; ma il mezzo più semplice e più sicuro è la gastroenterostomia.

Inoltre la G. E. è l'operazione dei casi dubbi e gravi e dopo di essa, accertata la diagnosi o migliorate le condizioni, si può aggredire la cistifellea.

L'associazione della G. E. con la colecistectomia si può affrontare in pazienti molto robusti perchè è grave (in 5 operati 3 morti). Conviene quando ciò è necessario operare in due tempi con precedenza della G. E. S. Gussio.

La disinfezione delle mucose mediante tintura di iodio durante le operazioni sul tubo digerente.

(Raul. *Journal de Chir.*, 1923, n. 5).

In vario modo si è cercato mettersi al coperto dell'infezione quando si aprono le mucose dei vari tratti del tubo digerente: a questo scopo si tentarono anastomosi con mezzi ad azione necrotizzante, complicate suture di protezione, ma i numerosi espedienti suggeriti indicano la loro poca praticità e dubbia efficacia.

Perciò quasi tutti gli autori sogliono contentarsi di impedire la fuoriuscita del contenuto viscerale mediante pinze da coprostasi, di proteggere bene il campo operatorio e di procurarsi una relativa disinfezione della mucosa aperta.

A quest'ultimo scopo sono stati adoperati diversi mezzi fra cui le pinze a riscaldamento e la tintura di jodio, dopo che questa mostrò la sua efficacia nella disinfezione della cute.

Diversi AA. (Frische, Hoffmann, Payr, de Martel, Franchenthal, ecc.) hanno dimostrato il valore disinfettante e la garanzia operatoria offerta dalla tintura di jodio; altri invece e più recenti (Novi, Fieber ,ecc.) ne hanno messo in dubbio l'utilità e le hanno attribuito gravi inconvenienti: fatti irritativi della sierosa peritoneale, formazione di aderenze estese, ileo postoperatorio, formazione di ascessolini nei punti di sutura, necrosi dei bordi delle incisioni e deiscenze delle suture con peritoniti mortali (Fiaber).

In tanta divergenza di opinioni l'A. ha creduto interessante ristudiare l'argomento con la seguente tecnica in parte nuova: Aperte le mucose e nettatele, ha esaminato in varii terreni separatamente prelevamenti fatti sulla mucosa e sulla sierosa limitrofa fino a 1/2 cm. intorno.

Indi ha iodizzato accuratamente con tintura di iodio al 5% la mucosa e la sierosa fino a 1/2 cm. intorno e ha rifatto le stesse semine

Nelle stomie coliche, suturata la mucosa, ha aggiunto la iodizzazione di questa sutura.

In genere furono coltivati stafilococchi, streptococchi, bacilli della fermentazione lattea, colibacilli, proteus, anaerobi intestinali.

Ha contato le colonie fino a 200.

A questo modo l'A. ha potuto fare i seguenti rilievi:

Su 74 mucose semplicemente nettate: in 6 trovò assenza di germi: in 4 muc. di stomaco e in 2 di digiuno.

Su 19 mucose stomacali: in 9 ebbe sviluppo di colonie meno di 200, nelle altre 10 più di 200.

Su 33 mucose digiunali: in 23 ebbe sviluppo di colonie meno di 200, nelle altre più di 200.

Su 5 mucose dell'ileo: in uno (parte alta) colonie meno di 200, nelle altre più di 200.

In 11 mucose di colon lo sviluppo delle colonie ha superato sempre il 200.

L'esame del peritoneo periferico può dare un criterio sulla disseminazione dei germi.

Su 11 G. E. senza iodizzazione, con presenza sicura di germi nella mucosa, trovò sterilità del peritoneo vicino e lontano dalla sutura in 2 casi cioè nel 18%, negli altri 9 casi trovò germi, però molto meno abbondanti che nella mucosa.

Con l'uso di iodio *ha studiato* 48 *casi*, in cui esistevano sicuramente germi prima della iodizzazione.

Su 14 mucose gastriche, dopo iodizzazione, 9 si son trovate sterili.

Su 24 mucose digiunali, dopo iodizzazione, 29 si son trovate sterili.

Su 3 mucose dell'ileo, dopo iodizzazione, 1 si è trovata sterile.

Su 7 mucose di colon, dopo iodizzazione, 3 si son trovate sterili.

Cioè ha osservato sterilità in 33 casi su 48 e negli altri gran diminuzione di germi ed a sviluppo poco rigoglioso.

Il colibacillo si è mostrato il più resistente.

L'esame del peritoneo vicino e lontano dalla sutura, usando l'iodio, su 24 anastomosi: in 16 ha dato sterilità vicino e lontano, cioè nel 66%, in 7 germi nel peritoneo vicino soltanto e in 1 germi nel vicino e nel lontano.

Onde incontestabilmente risulta che la tintura di iodio dà una notevole sicurezza operatoria circa la condizione di asepsi.

In via secondaria poi l'A. ha voluto studiare la durata della sterilità della mucosa iodizzata. Ciò ha potuto fare approfittando di 7 individui, di cui 2 con fistola del digiuno, 2 con ano dell'ileo, 1 con ano del colon ascendente, 2 con ano dell'S iliaca.

Ha constatato prima lo stato settico di queste mucose semplicemente nettate. Poi le ha iodizzate ed ha trovato, che immediatamente dopo divenivano culturalmente sterili, mentre dopo 10 m' cominciavano a ripopolarsi di germi con

un crescendo che raggiungeva la quantità primitiva dopo 20 m. La durata della sterilità quindi è breve, ma sufficiente a compiere la sutura della mucosa.

Contro l'opinione di diversi autori i quali attribuiscono alla tintura di iodio fatti di flogosi nel campo e perfino di necrosi, nota che in 2 morti per fatti polmonari non ha notato all'autopsia fatti del genere.

Oppone all'opinione di coloro che vogliono attribuire all'iodio fatti di ileo postoperatorio e aderenze eccessive, la sua esperienza priva di tali inconvenienti e quella simile del Fritsche il quale ionizza fin'anco la sutura siero-sierosa.

Sicchè l'A. sostiene i notevoli vantaggi operatori offerti dalla iodizzazione delle mucose del tubo gastro-intestinale con tintura al 5 %.

S. GUSSIO.

Sulla questione dell'ematuria nell'appendicite.

(J. G. GOTTLIEB, *Zeitschr. für. Ur. Chir.*, Bd. XV, H. 1/2).

È raro che una lesione dell'appendice venga presa per una malattia dell'apparato urinario, mentre il fatto opposto è più frequente. Come esempio del primo di questi errori è evidente il caso di von der Becke nel quale un'appendice si presentò con tutti i segni di una pionefrosi calcolosa. Con questa diagnosi venne operato il paziente. L'A. riferisce un altro caso personale nel quale l'ematuria favorì l'errore diagnostico. Un uomo di 33 anni aveva da 2 anni e mezzo accessi di dolore al fianco destro accompagnati dall'emissione di orina ematica. Il riposo calmava i dolori, ma non l'ematuria. All'esame cistoscopico l'A. vide che l'ematuria proveniva dal rene sinistro. All'esame obiettivo: dolore nel quadrante inferiore destro. In un altro esame l'ematuria si vide provenire dal rene destro. Operato da Kümmell gli venne decapsulato il rene d. e resecata l'appendice che mostrava gravissime e indubbie lesioni.

Fu fatta diagnosi di glomerulo-nefrite complicante un'appendicite recidivante. È guarito dei dolori, ha avuto in seguito ematuria del rene sinistro, per questo venne praticata una decapsulazione dal v. Lichtenberg e ora sta bene.

L'ematuria nell'appendicite benchè da lungo tempo nota, pure è una complicazione rara. Kümmel ne ha osservati 3 casi in 8600 operati di appendicectomia. L'A. stima che insieme con il suo sommino a 36 i casi descritti nella letteratura. Non tutti i casi furono completamente studiati dal punto di vista urologico, questo ha contribuito a rendere difficile la spiegazione della sindrome. A ogni modo escludendo da questo studio, come è naturale, quei casi nei quali si ebbe una diretta diffusione del processo morboso dall'appendice alla vescica, bisogna considerare come causa della ematuria:

1°, Gli ureteri, ciò in 9 casi. Gli AA. pensano trattarsi di diffusione del processo infiammatorio dall'appendice all'uretere. Nové-Josserand nega questa possibilità, poichè le vene dell'appendice e del cieco non comunicano direttamente con quelle dell'uretere, però si può obbiettare che trattandosi di processi ad andamento cronico, si formino nuove vie linfatiche e sanguigne;

2° I reni — ciò in 27 casi. — In alcuni di questi casi l'ematuria era insorta insieme coll'attacco appendicolare si trattava certamente di una glomerulo-nefrite; in uno di una diffusione del processo, per via linfatica o sanguigna, al rene con formazione di ascessi renali e pararenali e di infarti che spiegano l'ematuria. Si tratta in questi casi sempre di gravi processi suppurativi dell'appendice a esito spesso letale. In altri casi l'ematuria si ebbe dopo l'attacco acuto: in 6 casi che erano stati operati all'inizio dell'attacco, 3-8 settimane dopo l'intervento. L'ematuria fu preceduta da una colica renale bilaterale, durò pochi giorni e poi scomparve. In nessun caso erano state riscontrate aderenze dell'appendice coll'uretere. Probabilmente si è trattato in questi casi di nefrite parenchimatosa. In 8 casi che furono operati a freddo l'ematuria insorse da 1 a 7 settimane dopo l'attacco e scomparve dopo l'appendicectomia.

Più interessante dal punto di vista della patogenesi è un gruppo di casi nei quali l'ematuria accompagnò un'appendicite cronica. Fra questi va annoverato come paradigma del gruppo il caso di von der Becke e quello dell'A. già riferiti. Negli altri casi però l'ematuria fu di minor duràta (1-5 giorni). Tutti questi casi guarirono dopo l'operazione.

Dallo studio della bibliografia l'A. si è formato il concetto che le cause dell'ematuria debbono essere molteplici.

Certo in alcuni casi si deve ammettere una origine ureterale. Quando invece l'ematuria è di origine renale si può ammettere che si produca o per una nefrite, o per trombosi o embolie, o per diffusione del processo infiammatorio al rene o per una congestione renale riflessa (riflesso vaso-motorio simpatico). Tra i casi della letteratura ve ne sono che trovano il loro posto in ognuna di queste forme. Specialmente dà importanza l'autore al-

le anastomosi che esistono fra i vasi sanguigni del mesocolon e quelli della capsula del rene destro e fra i vasi linfatici dell'intestino e del rene.

La nefrite causa dell'ematuria viene in generale considerata come un'espressione dell'infezione generale dell'organismo, ma per il differente modo di classificare le nefriti e spesso per la insufficienza degli esami non risulta chiaramente il genere della nefrite. Molti credono che si tratti di una glomerulo-nefrite. L'A. ritiene che in alcuni casi, specie quelli gravi a esito letale, tanto la lesione dell'appendice quanto quella del rene sieno da considerarsi come la conseguenza di una infezione generale grave.

Si può pensare inoltre che l'appendice rappresenti un focolaio di infezione cronico per il rene, come per altri focolai, fu dimostrato sperimentalmente da Rosenow.

D'altra parte non si può negare che in molti casi si sia trattato di una casuale coincidenza, che cioè l'ematuria sia stata la conseguenza di una malattia indipendente dall'appendicite.

Nei casi poi nei quali l'ematuria insorse dopo l'appendectomia si può anche supporre che fosse dovuta all'intervento stesso. Questo fatto di operazioni sull'intestino cui seguirono emorragie intestinali e il fatto opposto sono stati altre volte osservati e si possono spiegare con una diffusione di trombi venosi da un organo all'altro per mezzo di vene anastomotiche.

Bisogna cercare una spiegazione caso per caso. Per diagnosticare l'appendicite nei casi più oscuri si ricordi il punto di Kümmel un po' al disotto dell'ombelico che frequentemente è dolente nell'appendicite specie se ad andamento cronico. Inoltre il sintomo di Aaron è caratteristico per l'appendicite e manca assolutamente nelle malattie dei reni. Possono aiutare molto inoltre gli esami radiologici colle diverse modalità di tecnica. Se persiste il dubbio è sempre consigliabile di asportare prima l'appendice e poi in caso di insuccesso esplorare il rene. M. ASCOLI.

IGIENE.

Laboratori consorziali d'igiene e vigilanza igienica.

È stato pubblicato un resoconto dell'attività spiegata dal Laboratorio consorziale d'igiene fra i Comuni della Provincia di Arezzo durante un quattordicennio di esistenza (1).

Il resoconto reca un'introduzione del prof. Sanarelli, al quale si deve l'iniziativa e la realizzazione pratica di essa. L'insigne igienista espone considerazioni e rilievi d'interesse generale, che stimiamo utile di riportare in larga misura.

Le disposizioni contenute nell'articolo 3 della legge fondamentale organica della Sanità Pubblica del 22 dicembre 1888 — egli dice — facevano obbligo ai Comuni aventi popolazione superiore ai 20 mila abitanti di provvedere alla vigilanza igienica con convenienti laboratori. Ma tali disposizioni sono rimaste, quasi ovunque, allo stato di semplici affermazioni di un dovere astratto.

Ad eccezione delle maggiori città le quali non avevano, d'altronde, bisogno alcuno del precetto legislativo per essere spinte a provvedere, può dirsi che la grande maggioranza dei Comuni con più di 20 mila abitanti, ad onta delle premure dell'Amministrazione sanitaria centrale e delle ripetute esortazioni rivolte da ogni parte, seguitarono e seguitano tuttora a rimanere sforniti di laboratori.

È stata, fino ad oggi, quasi generale la riluttanza dei Comuni, specie di quelli meno importanti, ad affrontare spese per impianti e servizi la cui utilità e necessità non ancora sembra entrata pienamente nella conoscenza o nella convinzione delle masse.

Infatti, i problemi concernenti l'igiene pubblica non hanno mai costituito, in Italia, argomenti atti ad appassionare il pubblico o reputati degni di figurare nei magniloquenti programmi delle contese elettorali politiche od amministrative.

Il popolo italiano incorreggibilmente adescabile dalla verbosità retorica la più vana e puerile, non si è quasi mai dimostrato sensibile alle questioni interessanti la propria salute, nè ha quasi mai accennato a possedere quell'educazione civica sanitaria e quella coscienza igienica che sono i veri indici rivelatori della vera civiltà di un paese.

L'ignoranza profonda e, sopratutto, le preoccupazioni d'ordine finanziario che, peraltro, i comuni non avvertono mai quando si tratti di organizzare festeggiamenti e baldorie per qualsivoglia pretesto, sacro o profano, hanno sempre influito, fra noi, anche nel puro campo del diritto sanitario.

A nulla valse neppure la legge del 25 febbraio 1904, n. 57.

Quella legge partendo giustamente dal presupposto ovvio, che la funzione dei laboratori per la vigilanza igienica sia indispensabile non soltanto pei Comuni aventi più di 20 mila abitanti, ma per tutti i Comuni del Regno, credette di poter vincere la pertinace insensibilità

(1) Arezzo, Stab. Tip. Ettore Sinatti, 1924.

dell'opinione pubblica e l'incuria delle amministrazioni locali con la costituzione, anche coattiva, di Consorzi comprendenti tutti i Comuni di una Provincia ed anche Comuni di più Provincie, per la istituzione e il funzionamento di Laboratori per la vigilanza igienica.

Si credette, così, di poter raggiungere un doppio obiettivo: estendere il beneficio del servizio tecnico a tutti i Comuni e superare le difficoltà finanziarie, ripartendo le spese sopra un gran numero di bilanci comunali, in modo che le singole quote fossero ridotte alla minor cifra possibile.

Ma, anche questa duplice finalità non potè esser raggiunta.

La costituzione volontaria dei consorzi intercomunali ha sempre incontrato, nel nostro paese, grandissime difficoltà pratiche per la riluttanza ostinata e tradizionale ad associarsi per opere di comune interesse.

D'altra parte quella coscienza igienica, che è una delle condizioni affinchè siffatti istituti di vigilanza possano sorgere e prosperare, non accennò mai ad evolversi e a progredire fra noi, di pari passo coi rapidi progressi della scienza e della vita civile contemporanea.

Tutte le volte che si abbattè su di noi, in questa o in quella Provincia, qualche flagello, si ebbero a constatare sistematicamente — specie in talune regioni — deficienti o disorganizzati i servizi profilattici comunali e provinciali, e tecnicamente impreparati o disarmati i locali organi amministrativi. Il compito di lottare contro le epidemie e la cura di difendere la salute pubblica scossa o minacciata, dovettero essere quasi sempre affidati agli sforzi diretti e improvvisati della Direzione generale di Sanità che, a onor del vero, seppe in ogni circostanza supplire egregiamente all'incorreggibile disservizio degli enti locali.

Ma non è sopra sforzi del genere che deve basarsi, in un paese che pretenda di essere bene ordinato, il funzionamento di un servizio di sì grande importanza com'è quello della vigilanza igienica e della difesa sanitaria.

D'altra parte sarebbe grave errore, obbligare lo Stato a sviluppare oltre misura, siffatto genere di attività, rendendo necessario il continuo intervento governativo nell'orbita della tutela della sanità individuale e locale.

Queste vedute che il Sanarelli aveva avuto occasione di esporre e di sviluppare nella stampa professionale, in dibattiti di congressi sanitari e in discorsi tenuti alla Camera dei Deputati, procurò di tradurre in realizzazione concreta, almeno nei riguardi e in vantaggio della sua Provincia. È così che nell'anno 1907, dopo un'opera assidua di propaganda e di persuasione, esplicata personalmente presso tutte le Amministrazioni comunali della Provincia di Arezzo, riuscì a convincerle della necessità e della rispettiva convenienza, anche economica, di unirsi in consorzio per creare e far funzionare a spese comuni e con vantaggio di tutti, un laboratorio d'igiene.

Superati gli inevitabili ostacoli, dissipate titubanze e prevenzioni d'indole varia, un'adunanza plenaria dei rappresentanti dei Comuni della Provincia, approvò, il 12 marzo 1907, lo Statuto del Consorzio. Il Prefetto con decreti 19 luglio e del 7 ottobre, legalizzava l'istituzione e ne approvava il Regolamento.

Così, per il concorde volere della grande maggioranza, e poi della totalità dei 40 Comuni della Provincia di Arezzo, ebbe origine il primo e, probabilmente il solo laboratorio consorziale italiano d'igiene, sorto in ottemperanza alla legge del 25 febbraio 1904.

Il Laboratorio fu affidato dapprima al prof. Ferruccio Mercanti, poi al prof. Giuseppe Ficai che, coadiuvato dal dott. Orlando Cecchereni, è riuscito a fare del laboratorio, con mezzi relativamente modesti, un'istituzione modello. Egli ha organizzato un centro non soltanto tecnico ma anche scientifico di irradiazione benefica in tutti i campi dell'igiene pubblica e privata, della medicina, della zoojatria e dell'economia agraria.

Il buon esempio dato dai Comuni della Provincia di Arezzo non fu certamente estraneo alla iniziativa presa dal Governo nel 1910, quando presentò al Parlamento il disegno di legge: « Per i laboratori di vigilanza igienica ».

Quel disegno di legge rendeva obbligatoria, in tutte le Provincie del Regno, la costituzione dei Consorzi fra i Comuni per l'impianto di laboratori di vigilanza igienica sul modello del riuscito esperimento offerto dalla Provincia di Arezzo. Prometteva, inoltre, di concorrere all'onere del loro funzionamento fino al terzo della somma annua e accordava, infine, mutui di favore per la creazione di laboratori nuovi e per l'ampliamento o la sistemazione di quelli esistenti. Quel progetto di legge, insieme ad un altro progetto affine: « sulle stazioni municipali per le disinfezioni, sui locali d'isolamento per le malattie infettive e sulle scuole per infermieri e disinfettori pubblici », approvati dal Senato del Regno nelle sedute del 20 e del 22 dicembre 1910, vennero presentati successivamente alla Camera dei Deputati e le Commissioni nominate dagli Uffici vollero affidare all'on. Sanarelli il compito di redigere le relazioni.

Ma, le sopravvenute vicende parlamentari non consentirono a queste provvide intenzioni

del governo — che era, allora, presieduto dall'on. Luzzatti — di tradursi in tangibili realtà. Le relazioni del Sanarelli, pienamente favorevoli, giacciono tuttora negli archivi della Camera, a documento degli eccellenti propositi dei legislatori del tempo.

L'attuale Governo che, allo spirare della delegazione dei poteri ottenuti dal Parlamento, ha testè richiamato in onore quest'antica iniziativa a favore dei laboratori provinciali di vigilanza igienica, evidentemente segnalata e caldeggiata dalla vigile Direzione Generale della Sanità Pubblica, l'ha tradotta, con decreto reale, in una obbligazione legislativa uguale per tutte le Provincie del Regno.

Difatti le lodevoli disposizioni contenute nella nuova riforma degli ordinamenti sanitari, entrata recentemente in vigore col R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889, è compresa quella concernente l'istituzione di laboratori d'igiene e di profilassi, in tutti i capoluoghi di Provincia.

Questi laboratori dovranno funzionare, per un terzo della spesa, a carico della Provincia e, per due terzi a carico dei Comuni, in ragione della loro rispettiva popolazione.

Con la fine dell'anno corrente, i laboratori attualmente in funzione, salvo quelli dei Comuni con popolazione superiore ai 150 mila abitanti, dovranno passare alla dipendenza delle amministrazioni provinciali. coi loro impianti ed il loro personale.

In conseguenza di ciò, il laboratorio consorziale di Igiene della Provincia di Arezzo, dopo sedici anni dalla sua costituzione e dopo un quattordicennio di costante attività, spesa a vantaggio della salute pubblica e della economia agraria della regione, cesserà di esistere come ente intercomunale autonomo, per diventare un organo tecnico della Provincia cui i nuovi ordinamenti affideranno un più largo intervento e più dirette funzioni nel campo della vigilanza igienico-sanitaria.

Nell'interesse generale della pubblica salute del nostro Paese, noi dobbiamo salutare con viva soddisfazione il provvedimento adottato dal Governo.

***

All'introduzione del prof. Sanarelli seguono il decreto di costituzione, lo statuto e il regolamento, la descrizione dell'impianto e del funzionamento, fatta dal prof. Ficai e corredata di 10 tavole, la relazione finanziaria di T. Inghileri, un resoconto statistico.

Da un semplice sguardo dato ai sobri elenchi delle sole analisi micrografiche, batteriologiche, sierologiche e chimiche, resulta non soltanto la cospicua mole di lavoro compiuto, ma il progressivo, costante sviluppo di siffatto lavoro. Segno certo che esso risponde a necessità reali e adempie ad una funzione, che si va ogni giorno più valorizzando ed imponendo fra le popolazioni.

Ma l'opera del laboratorio d'igiene della Provincia di Arezzo non è rimasta circostritta soltanto al campo delle analisi e delle perizie. Tutte le volte che venne richiesta dalle condizioni della salute pubblica o dalle autorità civili e militari, specie durante la guerra, essa si esplicò efficacemente e disinteressatamente nei più delicati e gravosi servizi di profilassi, di propaganda e di assistenza.

Complèssivamente sono stati eseguiti circa 34.000 esami.

Oltre a ciò, buon numero di pubblicazioni attesta dell'attività scientifica svolta dal personale dirigente del laboratorio. Di particolare importanza sono, fra gli altri, i lavori sulla eziologia del tifo esantematico pubblicati dal prof. Ficai e quelli del dott. Ceccherelli nel campo della bromatologia.

A. Z.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

GIUSEPPE RUGGI. *Ricordi della mia vita.* L. Cappelli, Bologna, 1924. L. 10.

Ha ben fatto il Ruggi a cedere alle insistenze di alcuni suoi giovani amici (come egli stesso dice nella prefazione) e a scrivere questi Ricordi della sua vita perchè essi non solo sono piacevoli a leggersi per il modo arguto, facile e piano col quale sono scritti, ma contengono anche molte osservazioni e particolari notevoli, utili ed importanti a conoscersi intorno alla vita pubblica, alle vicende del 66-70, all'ultima guerra, e soprattutto intorno ai notevoli meravigliosi progressi fatti dalla chirurgia, cui il Ruggi ha molto contribuito durante tutta la sua lunga vita (e che duri ancora a lungo gli augurano con tutto il cuore discepoli, amici e colleghi).

Il Ruggi parla della sua famiglia, della mamma e della consorte soprattutto, con sentimenti affettuosi che solo un'anima nobile può avere e sapere così esprimere.

In seguito a consiglio del padre iniziò gli studi della Medicina coll'aspirazione di diventare Medico-Condotto a sessanta lire al mese (!) nella loro piccola campagna presso Varignana, ma l'appetito viene mangiando (egli stesso dice) e tanto gli crebbe che giunse, sebbene attraverso a molte fatiche, a contrarietà e difficoltà di ogni genere ad occupare una delle prime più importanti Cattedre di Clinica Chirurgica in Italia.

Parla dei suoi Maestri, dei suoi condiscepoli, dei suoi allievi tracciando di ciascuno un piccolo quadro biografico, esprimendo pensieri e giudizi senza reticenza alcuna (ma sempre con signorile bontà ed arguzia) soprattutto sotto forma di aneddoti che ci fanno conoscere lati e particolari di individui e di cose in gran parte ignorati.

Espone tutto il suo lungo lavoro pratico e scientifico, iniziatosi in un'epoca nella quale le più gravi infezioni facevano strage in Chirurgia: egli seppe diminuire per quanto fu possibile gli effetti di queste gravi complicazioni, e poi introdusse, uno dei primi in Italia, la medicatura Listeriana per attuare la quale ebbe dell'Amministrazione Ospitaliera un sussidio di 50 lire che poi dietro sue insistenze fu elevato a 200 lire! Sempre all'avanguardia della Chirurgia fu uno dei primi più tardi ad usare il metodo asettico, il primo a vestire vesti bianche e mettere berretti bianchi sterilizzati.

Nel riassumere la ben lunga e complessa attività pratica ricorda agli Italiani quante operazioni di alta chirurgia furono fatte per la prima volta contemporaneamente in Italia e all'estero e rivendica giustamente a sè stesso la priorità da molti dimenticata di vari metodi e di varie operazioni, oltre a quella geniale e brillante della cura dell'ernia crurale: e cioè l'isterectomia vaginale, l'isteropessi addominale, la resezione toracica nella cura dell'empiema cronico che va sotto il nome di operazione di Schede, ecc.

Il Ruggi colla sua consueta bontà di animo ha voluto che il guadagno della vendita dei suoi Ricordi fosse completamente devoluto all'Associazione Nazionale delle Madri e Donne dei Combattenti (Sezione di Bologna), perciò chi comprerà il libro non solo passerà delle ore piacevoli nel leggerlo, non solo trarrà dalla lettura cognizioni interessanti intorno ad uomini e cose, ma farà anche un'opera buona.

ROBERTO ALESSANDRI.

S. SALINARI. *Trattamento delle ferite osteoarticolari d'arma da fuoco in 1° e 2° tempo, secondo gli insegnamenti della recente guerra.* (Memoria onorata del premio Riberi per il 1922, con prefazione del prof. ALESSANDRI). Roma, Stabilimento Poligrafico per l'Amministrazione dello Stato, 1924.

Chi ha visto durante l'ultima guerra le tristi conseguenze di ferite osteo-articolari mal curate ed ha potuto constatare i risultati quasi insperati che si possono ottenere da cure appropriate non può leggere che con piacere quanto scrive nel suo lavoro il col. med. Salinari. In esso son chiaramente esposti i criteri fondamentali della cura di queste ferite e la necessità di adattare ad esse l'organizzazione sanitaria di guerra.

Il volumetto dovrebbe esser letto con interesse e ponderato, come ben dice nella sua prefazione il prof. Alessandri, non soltanto dal medico militare, ma anche dal medico civile, che deve utilizzare e mettere in pratica i criteri che sono risultati i migliori nella larga esperienza della guerra. G. MATRONOLA.

R. KLAPP - H. BECK. *Das Panaritium.* Editore S. Hirzel, Leipzig, 1923.

Il nome di Klapp è ben noto nella bibliografia del patereccio. È opera meritoria perciò l'aver riunito in questo volumetto la sua esperienza su questa così importante malattia, intorno alla quale troppo poco in generale si diffondono i trattati che vanno per la maggiore.

A piccole cause, grandi effetti, è il motto che gli AA. avrebbero voluto porre sul loro libro. Infatti oggi più che mai per tutto l'organamento della vita sociale è assolutamente necessario saper curare bene queste così frequenti malattie delle mani.

È un libro scritto per tutti coloro che si possono trovare nell'occasione di dover trattare un patereccio. Quindi il massimo sviluppo è dato alla trattazione della sintomatologia, dalla precisa conoscenza della quale è possibile una esatta diagnosi di sede del flemmone, e ai diversi metodi di cura che non possono essere razionali senza un diagnostico preciso. Non solo col coltello si cura un patereccio, ma bisogna saper convenientemente usare insieme colle incisioni gli agenti chimici antisettici e i mezzi fisici che favoriscono la resistenza e la difesa dei tessuti. Primo fra questi naturalmente la stasi venosa.

Non bisogna dimenticare che il lavoro proviene dalla clinica di Bier.

Molto sviluppo è dato alla trattazione di tutti i mezzi di anestesia che possono permettere di trattare così dolorose malattie quasi senza dolore. Il malato deve ricorrere al chirurgo con confidente sicurezza non più con timore.

Il libro è edito con grande accuratezza; è di 140 pagine con 85 figure nel testo e 21 tavole a colori. MANFREDO ASCOLI.

I. HOWARD MUMMERY. *The microscopic and general anatomy of the teeth.* Oxford University Press, Amen Corner, London, E. C. 4, scellini 35.

Esaurita la prima edizione del 1919, la seconda edizione di questo pregevole volume del Mummery arricchisce le *Oxford Medical pu-*

blications mercè l'accurato ausilio dell'editore Mr. Mummery Milford, che presenta l'opera con 41 tavole fuori testo e 270 figure nel testo di oltre 600 pagine.

Dopo la classica *Dental Anatomy* del Tomes, questa pubblicazione dell'illustre prof. Mummery di Londra riesce la più perfetta e la più completa che si conosca, sia dal punto di vista dell'anatomia generale dei denti, che della loro struttura istologica alla cui investigazione l'autore ha dedicato, si può dire, tutta la sua vita.

Questa seconda edizione del 1924 è arricchita, nella seconda parte, di un completo trattato di anatomia comparata dei denti dei vertebrati e le tavole originali furono originalmente disegnate dall'A. da esemplari esistenti nel *British Natural History Museum*, nell'*Hunterian Museum of the Royal College of Surgeons* e nel Museo del *Royal Dental Hospital*. In questa parte vengono largamente riferite le interessanti ricerche del prof. Bolk di Amsterdam sulla struttura della dentizione dei rettili e sua relazione con la dentizione dei mammiferi, con speciale trattazione della teoria sulla *dimeria*, per la quale, secondo il Bolk, ogni dente di mammifero (salvo poche eccezioni, ad es. l'elefante) sarebbe omologo con due denti dei rettili.

Ognuno dei ventinove capitoli è seguito da ricca letteratura.

A. PIPERNO.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia dei Fisio-critici di Siena.

Seduta ordinaria del 30 maggio 1924.

Presidenza: Prof. BARDUZZI, *presidente*.

Sulla genesi delle così dette «zolle di disintegrazione a grappolo» del sistema nervoso centrale.

S. D'ANTONA. — L'O. riferisce sulle ricerche personali dirette a chiarire il significato morfologico e il meccanismo genetico delle così dette «zolle di disintegrazione a grappolo» descritte primieramente da Buscaino nei centri nervosi dei dementi precoci.

Dall'insieme dei risultati finora ottenuti, l'O. viene alla conclusione che gli aspetti morfologici con cui le «zolle» si presentano nei pezzi inclusi in paraffina sono determinati dal fatto che durante il trattamento per la inclusione, si separa dal tessuto nervoso una sostanza (di cui l'O. non è per ora in grado di definire la natura, ma che verosimilmente rientra nel gruppo delle sostanze lipoidee) la quale si addensa tra le maglie del tessuto e negli spazii perivasali. Detta sostanza si ritrova anche appiccicata alla superficie dei pezzi. È solubile in piridina e ciò può rendere ragione del perchè, con il metodo di Donaggio, nonostante la inclusione in paraffina, non si abbia comparsa di «zolle» o di alterazioni equivalenti.

Cellule istioidi e loro derivati granulicitici nel fegato e nella milza embrionali.

Dott. CAVALLARO V. — Ha esperite una serie di ricerche nella milza e nel fegato embrionale di mammiferi, uomo compreso, volte ad indagare la genesi dei granulociti e cioè se essi si differenziassero tutti da un'unica cellula a tipo linfoide rotondeggiante (emocitoblasta di Ferrata, ematoblasta di Naegeli) o se eventualmente in questo periodo la produzione dei granulociti conservasse in alcuni tipi il suo carattere istioide paragonabile a quanto si vede nelle gravi emopatie leucemiche.

Dalle ricerche è resultato che tanto nel fegato, quanto nella milza embrionale e più spiccatamente nel fegato di feto umano si riscontrano cellule del tutto corrispondenti agli emoistioblasti ed ai loro derivati granulocitici simili a quelli descritti da Ferrata e suoi collaboratori.

Contributo allo studio della genesi della primitiva cellula del sangue (mammiferi e uccelli) e dei megaloblasti.

Dott.ssa SILVIA GANDOLFO. — Studiando comparativamente nei mammiferi (cavie) e negli uccelli (pollo) le prime fasi della vita embrionale nei riguardi della genesi della primitiva cellula del sangue, sia in preparati ottenuti col metodo delle sezioni, sia in quelli eseguiti per striscio o per apposizione (metodo della Dantschakoff), è giunta alle seguenti conclusioni:

a) la primitiva cellula del sangue si origina nel mesenchima embrionale per un meccanismo di differenziazione della cellula mesoblastica polivalente;

b) questa cellula, per i suoi caratteri istologici, per la scarsa colorabilità della cromatina nucleare, per la struttura «a spugna» del nucleo, per il volume dei nucleoli, per il suo aspetto clasmatocitoide, per la appena iniziata basofilia plasmatica, documenta la sua origine istioide, per quanto, si capisce, in evoluzione emoblastica;

c) fra questa cellula e il promegaloblasto basofilo, con spiccato «fenomeno paradosso», esistono tutte le forme di transizione.

S.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Note sull'eritema infettivo.

P. Brusa (*Riv. di clinica pediatrica*, 1924, n. 6) ha avuto occasione di osservare in Bologna un'epidemia di eritema infettivo, ed ha studiato il comportamento della formola leucocitaria, che è stata per lo più trascurata da altri autori. Si ha un aumento modico dei polinucleati neutrofili ed un aumento talora notevole (dal 5 al 18 %) degli eosinofili. Tale reperto è di breve durata e la massima percentuale di eosinofili si trova fra il terzo e l'ottavo giorno di malattia. L'eosinofilia non può riguardarsi come un carattere peculiare dell'eritema infettivo, ma è un buon carattere differenziale dalla rosolia, in cui lo stesso A. ha trovato linfocitosi con presenza di un numero più o meno notevole di plasma cellule ed assenza o scarsezza di eosinofili.

L'A. ha potuto stabilire in due casi il tempo di incubazione, che è stato di 14-15 giorni. Per quanto riguarda l'esantema, esso ha avuto in tutti i casi un comportamento tipico ed uniforme, senza mai prestarsi a confusione con la scarlattina od il morbillo, ma tutt'al più nei primissimi giorni con la rosolia. L'esantema si inizia quasi sempre alla faccia, diffondendosi poi rapidamente alla superficie estensoria degli arti superiori e spesso alle natiche; talora alle spalle ed alle parti alte del petto, risparmiando di solito la fronte, il naso, le labbra e l'addome. Alla faccia, si osservano chiazze rotondeggianti, di colorito rosso vivo, di aspetto vellutato, ben limitate dalla cute sana, occupanti i pomelli e gran parte delle guancie. Nelle altre parti le macchie rossastre o rosso-bluastre confluiscono a dare figure circolari e girate talora a carta geografica.

L'eruzione mostra caratteri di fugacità sorprendenti; la durata dell'esantema è varia, dai 7 ai 10 ed anche 15 giorni; esso scompare dapprima agli arti e da ultimo alla faccia. *fil.*

Natura dell'eritema nodoso.

Sulla base di numerose osservazioni personali B. Coglievina (*Wien. Klin. Woch.*, (n. 17, aprile 1924) pubblica in una breve nota preventiva le proprie vedute sulla natura dell'eritema nodoso.

1) Non esiste alcun rapporto etiologico tra e. nodoso e tubercolosi. Nelle forme di tubercolosi latenti l'e. nodoso agisce come « agente provocatore » alla stregua delle altre malattie infettive. Importante è l'influsso della stagione, manifestandosi la malattia quasi unicamente in primavera ed in autunno.

2) È probabile che l'e. nodoso rappresenti una forma attenuata di infezione scarlattinosa, o per meglio dire un equivalente scarlattinoso, ripromettendosi l'A. di eseguire ricerche in tale senso, basandosi sulle recenti scoperte di Caronia e Sindoni riguardo alla scarlattina.

3) La contagiosità dell'e. nodoso esiste, sebbene di grado minimo. I postumi sono estremamente rari e di scarsa entità.

M. FABERI.

Gli ascessi delle ghiandole sudoripare ascellari e il loro trattamento coi raggi X.

Etiologicamente, nella produzione degli ascessi delle ghiandole sudoripare ascellari, devono considerarsi due fattori: uno infettivo, rappresentato per lo più dallo stafilococco, e uno di natura endogena, costituzionale, rappresentato da uno stato di simpaticotonia, pel quale l'individuo viene a trovarsi più esposto e meno resistente verso la causa infettiva. In tali pazienti, infatti, per lo più di sesso femminile, e appartenenti in genere alle classi più povere, si ritrovano i segni dello stato simpaticotonico: pallore, nervosismo, lucentezza degli occhi, iperidrosi, ecc.

Patogeneticamente si tratta di una infiammazione che, pel tramite delle vie linfatiche, colpisce il tessuto interstiziale, poi lo stroma ghiandolare.

Per quel che riguarda la terapia, sulla scorta di 61 casi studiati, A. Rütz, della clinica chirurgica di Berlino (*Med. Klin.*, n. 20, 18 Mai 1924), dichiara di aver avuto risultati poco soddisfacenti dalla proteinoterapia e dalla vaccinoterapia.

Resultati ottimi invece avrebbe dati la röntgenterapia.

Nelle forme sub-acute si ottenne in tal modo in pochi giorni la regressione, ovvero un rapido rammollimento. Nelle acute, fatta l'applicazione dopo l'incisione e il drenaggio, la secrezione purulenta cessò ben presto, permettendo di medicare senza ulteriore tamponamento. In ambedue i casi furono usate dosi deboli, in una o due sedute. Nelle forme croniche, invece, si usarono dosi più alte, a somministrazione refratta. Si assistette così al rapido rammollimento degli infiltrati, e, dopo la loro incisione, alla guarigione, durevole ancora, secondo le osservazioni dell'A., dopo cinque mesi, ponendo termine alle recidive, oltremodo frequenti in tale affezione. M. FABERI.

Tubercolosi cutanea.

J. F. Christie (*British med. Journal*, 22 marzo 1924) distingue le affezioni tubercolari della pelle come segue: 1) Quelle definitivamente tubercolari in cui si trova il bacillo e si hanno le tipiche alterazioni tubercolari. Appartengono a questa categoria il lupus vulgaris, lo scrofuloderma, la tuberculosis cutis verrucosa, l'ulcera tubercolare acuta, e quella cronica. 2) Le tuberculidi che si trovano in pazienti che sono più o meno tubercolosi e reagiscono alla tubercolina. Le alterazioni isto-patologiche sono del tipo tubercolare, ma raramente vi si trova il bacillo. Queste affezioni sono analoghe a quelle della sifilide secondaria e comprendono il lichen scrophulosorum, le tuberculidi papulo-necrotiche, il lupus pernio, l'eritema induratum. Le eruzioni hanno simmetria bilaterale e tendono alla guarigione spontanea. 3) Le tuberculidi tossiche dubbie che comprendono il lupus erythematodes, la pitiriasis rubra gravis, l'angiocheratoma e la tuberculide psoriasiforme.

Per quanto riguarda la diagnosi del lupus, l'A. fa rilevare l'importanza dell'esame della mucosa della bocca e del naso, in cui si trovano alterazioni nel 75% dei casi. Il trattamento comprende la cura generale (sole, aria pura) l'uso di medicine (ferro, arsenico, morruato di sodio, estratto tiroideo) e la terapia locale (raschiamento, neve carbonica, finsenterapia, e diversi agenti chimici, come l'unguento di Brooke, il nitrato acido di mercurio, l'acido tricloro-acetico). Nel trattamento è di somma importanza la pazienza e la perseveranza.

fil.

Trattamento dell' acne vulgaris.

J. A. Scott (*Brit. Med. Journ.*, 26 gennaio 1924) crede che in generale un eccesso di cibi carboidrati eserciti un'azione sfavorevole: spesso si vede l'affezione esacerbarsi in ragazze che consumano molti dolci. Tuttavia le frutta e le verdure sarebbero raccomandabili. L'A. prescrive lassativi a base di rabarbaro e zolfo e bagni caldi generali, della durata di 20 minuti, tre volte a settimana, facendo sciogliere nell'acqua 15-30 grammi di solfato di zinco, a seconda della tolleranza della cute; inoltre fa applicare localmente, sulle parti affette, mattina e sera, una lozione così composta: zolfo precipitato (magistero di zolfo) g. 0.5-1.3, ossido di zinco g. 0.5, canfora g. 0.5-1.3, gomma adragante g. 0.12, acqua di calce cmc. 240; la quantità di zolfo e di canfora viene aumentata a norma della tolleranza della cute.

R. B.

Nell' eczema crostoso del cuoio capelluto.

Sabouraud consiglia di applicare alla sera una pomata fatta con olio di cade, vaselina, lanolina a parti uguali. Al mattino seguente dare una saponata o pulire con un bioccolo di cotone imbevuto con Liquore di Hoffmann diluito a metà con acqua. *Az.*

Rimedi per le punture di zanzare.

A. Manquat (citato da M. Phisalix) per far cessare il prurito e far scomparire la papula, che recano sensibile molestia ad alcuni soggetti, consiglia la tintura di iodio, da applicarsi subito, oppure la miscela seguente: Formalina del commercio g. 5; Alcool a 90°, Acqua, ana g. 10; si applica con un pennello sulla sola papula e si rinnova la spennellatura man mano che si evapora, fino a cessazione del prurito, evitando però di continuare fino a che si manifesti l'azione caustica della formalina. L'acqua di Colonia, l'alcool mentolato al 5%, usati volgarmente, fanno cessare i fenomeni in 30-40 minuti, mentre i mezzi sopra citati agiscono assai più presto. *fil.*

SEMEIOTICA.

Sull'ipoeccitabilità del vestibolo posteriore nella meningite sierosa essenziale.

L'esame funzionale del labirinto membranoso, anteriore e posteriore, si afferma sempre più nella pratica clinica quotidiana per gli importanti ausilî che la semeiotica vestibolo-ponto-cerebellare offre in molte sindromi cerebrali di complessa ed oscura indagine diagnostica. Studiando sistematicamente la funzione labirintica nei malati di meningite sierosa essenziale, G. Ferreri (*Rivista Oto-neuro-oftalmologica*, 1923) ha potuto mettere in rilievo a carico del vestibolo posteriore un dato di fatto che conforta l'otoiatra e il neurologo di un sintoma di più nella già varia e ricca messe di segni semeiologici propri dell'affezione in parola. Per il labirinto anteriore l'A. ha usato i metodi classici di investigazione; per il labirinto posteriore ha seguito i mezzi moderni di indagine, a mezzo della risposta nistagmica, della deviazione del corpo e degli indici del Barany ottenute a traverso le prove rotatoria, galvanica e calorica. Dall'esame degli ammalati studiati dall'A. risultano due fatti principali: una dissociazione evidente del comportamento tra il vestibolo anteriore e quello posteriore ed una marcata ipoeccitabilità di quest'ultimo agli stimoli applicati perifericamente, in modo particolare rispetto a quelli termici.

La funzione cocleare era infatti del tutto normale; fatto questo in contraddizione con quanto

generalmente leggesi sui comuni trattati a proposito della sordità nella meningite sierosa essenziale. Gli ammalati non avevano nessun disturbo a carico dell'equilibrio, sia statico che dinamico. Altrettanto normale è stata sempre la prova degli indici del Barany. L'ipoeccitabilità del labirinto posteriore è stata invece sempre costante e raggiunse alle volte uno stadio di ineccitabilità assoluta sperimentando con la prova termica ((frigida e calida). Il riflesso nistagmico indotto per via galvanica presentava alterazioni evidenti da attribuirsi a lesione diretta tronculare del vestibolare e non a lesioni endolinfatiche intralabirintiche.

In complesso l'A. negli ammalati di meningite sierosa essenziale ha messo in evidenza: 1) dissociazione funzionale tra labirinto anteriore e posteriore; 2) integrità del labirinto anteriore; 3) ipoeccitabilità e talora ineccitabilità dell'apparato vestibolare posteriore per via dinamica, galvanica e principalmente calorica. Tale ineccitabilità devesi attribuire a lesioni extralabirintiche delle vie di conduzione dai nuclei vestibolari a quelli degli oculo-motori.

POLLITZER.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla genesi del liquor.

G. HASSIN. *Journ. of Nervous and Mental Diseases*, febbraio 1924.

Si ritiene comunemente che il liquor cerebrospinale viene secreto dai plessi coroidei nei ventricoli cerebrali, donde fluisce nel terzo ventricolo, nell'acquedotto, nel quarto ventricolo, e quindi pei forami di Magendie e di Luschka negli spazi subaracnoidei. Ivi è assorbito dai villi aracnoidei; è inoltre assorbito anche dagli spazi perineurali di molti nervi cranici; per essi raggiunge i vasi linfatici del collo e il circolo generale. Questa dottrina è basata sopra esperimenti farmacologici, e di fisiologia comparata.

Becht però ritiene che il liquor tragga origine, dai numerosissimi piccoli spazi perivascolari di Virchow-Robin: questi appaiono enormemente dilatati in numerosi processi patologici, e sono in comunicazione con gli spazi subaracnoidei. Egli giunge a tale conclusione in base all'osservazione anatomo-patologica accurata, la quale gli ha mostrato che in varie alterazioni cerebrali (emorragia, ascesso, tumore) il liquor presenta particolari alterazioni anche istologiche (presenza di cellule speciali, di pigmento sanguigno, di lipoidi) che tradiscono la loro origine dal focolaio morboso, mentre i plessi coroidei possono non presentare alterazioni, o presentare alterazioni evidentemente secondarie (deposizione di ematoidina, ecc.) simili a quelle che si osservano nei villi aracnoidei.

Il liquor, originando negli spazi perivascolari del tessuto nervoso, viene in istretto rapporto con gli elementi di questo tessuto, drena i prodotti del loro metabolismo o eventuali deposizioni patologiche, scaricandoli negli spazi subaracnoidei e nei ventricoli. Verrebbe poi assorbito dai villi aracnoidei, e dai plessi coroidei.

L'A. pur trovando queste conclusioni in accordo coi reperti anatomo-patologici, riconosce che manca una prova di queste vedute basata sugli studi di fisiologia.

DORIA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Mercurio e antimonio nella malaria. — Al dott. M. L., Pola:

Contro la malaria, specialmente nel periodo di guerra, sono stati saggiati i più svariati rimedi: il bleu di metilene, il tartaro emetico, l'emetina, il manganese colloidale, il Salvarsan e il neosalvarsan, associati e non alla chinina, l'optochin, la tripaflavina, la chinoidina, il mercurio.

In questa ricerca assillante, che aveva per iscopo di trovare un rimedio capace di impedire le recidive, oltre che di combattere l'infezione in atto, il resultato è stato presso che concorde: l'unico mezzo terapeutico, per lo meno il più attivo e il più rapidamente attivo, è rappresentato dalla *chinina e dai suoi sali.* Tra i rimedi tentati quello che ha mostrato una qualche azione utile è stato il neosalvarsan, se associato alla chinina. *Il mercurio e l'antimonio sono privi di qualsiasi azione curativa.*

Per iniziativa del prof. Ascoli è stata ristudiata l'azione della cinconina; e i primi risultati ottenuti nella scuola di Roma e le conferme ulteriori hanno dimostrato che la cinconina deve essere considerata, dopo la chinina, come ottimo antimalarico; della chinina non ha molti inconvenienti e può essere adoperata specialmente nelle gravi intolleranze, come nella emoglobinuria da chinina in malarici.

Ma la chinina va usata, come la cinconina, a dosi generose, a quelle dosi, che, sole, meritano il nome di curative; questo precetto sfugge purtroppo a molti pratici, che hanno una non giustificata paura delle dosi elevate (da un grammo e mezzo a due al giorno). E le dosi elevate tali devono restare anche nella profilassi delle recidive, se si vogliono sterilizzare e non coltivare i malarici.

T. PONTANO.

Trattati di elettroterapia. — Al dott. O. B. da B.:

In tedesco il trattato di Kowarschik; in francese il recente Guilleminot in cui è trattata ampiamente sia la parte biologica che la fisica (ed. Masson). In italiano mancano trattati recenti.

E. MILANI.

Ragadi agli angoli della bocca. — Al dottor F. L. da T.:

È necessaria anzitutto una esatta diagnosi che non trascuri di prendere in considerazione soprattutto la sifilide (essendo esse assai frequenti nei soggetti sifilitici) e la tubercolosi in cui talvolta l'ulcera a varietà fissurale ha tutta l'apparenza di una ragade di cui una parte è irregolarmente ulcerata. Anche l'epitelioma può talora iniziarsi come una leggera abrasione od una ragade.

Nel trattamento si ricorrerà ad anestetici locali (cocaina e simili) contro i fenomeni dolorosi ed alle spennelature con nitrato d'argento a 1/10, seguìte da applicazioni di pomate al balsamo del Perù. Talvolta possono riuscire utili i cataplasmi e le medicazioni emollienti, oppure delle paste o vernici a base di cheratoplastici.

fil.

Concorso a tenenti medici della m. a. p. — All'abb. n. 9632-1:

Anche quest'anno è stato indetto il concorso per 50 posti a tenente medico in servizio attivo. Potranno prendere parte al concorso i sottotenenti medici di complemento, che abbiano prestato almeno un mese di servizio alla data del 31 agosto corrente anno. Il bando di concorso si potrà leggere presso i Comandi dei distretti militari o nella dispensa n. 27 del *Giornale militare* c. a.

Non trattasi del corso di 3 mesi, ma bensì di quello di sei mesi. La visita medica avrà luogo il 20 ottobre p. v. in Roma presso l'ospedale del Celio, e il giorno seguente si inizieranno gli esami coll'identico programma degli scorsi anni. Si attende la disposizione riguardante il termine di prestazione del mese di servizio da sottotenente di complemento, che forse sarà protratto.

Cas.

VARIA

Radiazioni.

I fenomeni fisici che la scienza moderna ha svelati riempiono di meraviglia e fanno prevedere o sperare le più mirabolanti possibilità. Noi viviamo in un insieme di fenomeni la cui importanza nell'armonia dell'universo è attualmente appena presentita, ma non ancora convenientemente apprezzata. Le onde elettriche del telegrafo senza fili, il calore radiante, la luce solare, la luce animale, la luce artificiale, i raggi ultra-violetti, i raggi X, i raggi del radio sono i fenomeni di radiazione di cui attualmente la scienza si occupa e che l'uomo cerca di sfruttare per i suoi bisogni. Ma, osserva Desfosses (*Presse Médicale* 1924, n. 24), è presumibile che la Natura nella sua infinita ricchezza, possieda altri tesori che gli attuali mezzi di ricerca non riescono ancora a mettere in evidenza.

La gravitazione universale è stata attribuita a radiazioni che percorrono il cosmo in tutti i sensi. Gli astri non sarebbero attirati tra loro da una forza misteriosa, ma sarebbero respinti dall'urto delle onde radianti nello spazio. Queste onde che sostituirebbero l'attrazione newtoniana sarebbero molto differenti dalle onde luminose ordinarie; avrebbero una lunghezza brevissima; tali radiazioni sarebbero molto più penetratnti dei raggi X.

Un altro fenomeno molto diffuso in natura è costituito dalle radiazioni luminose emesse dagli esseri viventi. In certe contrade volano insetti luminosi, sulla superficie del mare e della terra innumerevoli animali e piante inferiori emettono luci più o meno intense; le regioni profonde dell'Oceano lungi dall'essere sepolti nella notte eterna, sono continuamente illuminate da miriadi di esseri. Innumerevoli animali fosforescenti producono luce di colore diverso secondo le specie: la Virgularia, l'Umbellularia degli abissi oceanici emettono luce priva di raggi violetti ed azzurri; le appendicolari dell'Atlantico emettono luce cangiante, rossa, azzurra, verde, bianca. Il Malacosteus niger che si pesca a 1500-2500 metri di profondità ha due paia di organi luminosi a luce verde e gialla ai lati della testa simili a lanterne. L'anomapolos, pesce dell'arcipelago malese, su ciascun occhio ha un organo fotogeno, la cui luce si accende ad intervalli ritmici, e certi cefalopodi pelasgici sono capaci di accendere e spegnere a volontà la loro luce.

Ma oltre a questi organi capaci di emettere radiazioni si vanno facendo interessanti sco-

perte su organi capaci di riceverne la impressione.

Finora si dava il nome di radiazioni solo ai fenomeni registrati dalla retina, ma probabilmente il campo delle radiazioni interessa altri sensi.

Zwaardemaker, e altri fisiologi ammettono che l'odore è effetto di radiazione. Heyni scrive: Le particelle odoranti messe a contatto con la mucosa olfattiva agirebbero in virtù delle loro vibrazioni molecolari speciali, e l'energia odorante in ultima analisi sarebbe un'energia vibratoria a lunghezza d'onda definita sempre la stessa per ogni varietà d'odore semplice, così come avviene per la luce monocromatica: vi sarebbero lunghezze d'onda monoaromatica come vi sono lunghezze d'onda monocromatica.

Zwaardemaker pone le vibrazioni odoranti tra le ultraviolette attribuendo loro lunghezze d'onda inferiori a 0.20 di μ.

L'entmologo Fabre ha potuto constatare che i maschi di alcune specie di farfalle sono richiamati da notevoli distanze dall'odore delle femmine, malgrado i venti contrari, malgrado forti odori soverchianti. Nulla di apprezzabile dall'olfatto umano o da altri mezzi di esplorazione e questo nulla che attira i maschi da ogni punto dell'orizzonte dovrebbe saturare con le sue molecole un cerchio immenso con un raggio di parecchi chilometri. Fabre osserva che per quanto divisibile possa essere la materia lo spirito si rifiuta ad una tale conclusione. Ciò equivarrebbe a volere arrossare un lago con un granello di carminio, riempire l'immensità con lo zero. Come la luce, l'odore ha i suoi raggi X.

E ciò che avviene per le farfalle si verifica meno notevolmente ma con lo stesso significato in altri animali. Ogni specie ha i suoi recettori particolari per intercettare ed interpretare le radiazioni olfattive che l'interessano.

Alcuni cefalopodi oceanici presentano un piccolo apparecchio singolarissimo descritto da Soubin: una specie di occhio destinato a ricevere non i raggi luminosi, ma quelli colorifici. È una specie di termometro che informa con precisione sulla temperatura ambiente. H. Fabre che alcuni insetti hanno apparecchi destinati a registrare le variazioni igrometriche, barometriche, elettriche. Alcune larve di insetti vivono parecchio tempo senza nutrimento e senza alterazione di peso, il che ha fatto pensare a Fabre che l'energia solare penetri direttamente in questi esseri e li carichi di energia.

Nell'immensità dell'universo tutto è radiazione. Gli astri, l'atmosfera, la superficie della terra, il nucleo centrale del globo, i mari ed i continenti, i minerali, le piante, gli animali emettono radiazioni. Sono onde che vengono da miliardi e miliardi di sorgenti, tutte con le loro caratteristiche speciali di ampiezza e di frequenza, che si incontrano, si assommano, si interferiscono, si trasformano. La essenza, la vita dei mondi è fatta di radiazioni.

argo.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

D'AMATA VINCENZO. *La lebbra nella storia, nella geografia e nell'arte.* — Roma, Stab. Tip. Romano, 1923.

DI GUGLIELMO GIOVANNI. *I megacariociti del sangue periferico.* — Messina, Giuseppe Principato, 1923.

ID. *Sulla primitiva cellula migrante.* — Napoli, N. Jovene & C., 1922.

FERRERI GHERARDO. *La tracheo-laringostomia.* — Napoli, Ind. Grafiche Italia Merid., 1923.

FERRI ANDREA. *Polmonite gangrenosa in un bambino.* — Milano, A. Rancati, 1923

FIAMBERTI A. M. *La sindrome dipsomaniaca.* — Torino, F.lli Bocca, 1923.

ARATA GUIDO. *Il metodo Sicard nel trattamento di alcuni casi di tabe dorsale.* — Torino, Off. Graf. Elzeviriana, 1923.

BALDASSARRI LUIGI. *Relazione statistica amministrativa, sanitaria del R. Arcispedale di S. Maria Nuova di Firenze per il periodo* 1914-1921. Firenze, Gino Ciolli, 1913.

BENNATI NANDO. *Contributo alla casistica del sifiloma extragenitale.* — Ferrara, Ind. Graf. Italiane, 1923.

BOVERI PIERO. *Traumatismo e diabete.* — Milano, Rivista Assicurazioni, 1923.

CORINALDESI SILVIO. *Sulla cutireazione regionale.* — Roma, Grafia, 1923.

COZZOLI GIULIO. *L'azione dell'insulina sulla pupilla e sui vasi dell'occhio.* — Roma, L. Cecchini, 1923.

DE VECCHI B. e ALIBERTI V. *Studi sul mal rossino dei suini.* — Milano, Tip. Agraria, 1922.

DE VECCHI BINDO. *Le ghiandole a secrezione interna nell'acrania.* — Roma, Tip. Senato, 1923.

ID. *Su di un caso di ulcera tubercolare dell'esofago.* — Milano, F.lli Angoli, 1923.

ID. *Reperto istopatologico e batterioscopico in un caso di ulcera gastrica cronica.* — Genova, Stab. Artisti Tip., 1923.

DI TOMMASI EMILIO. *Les Thermes d'Agnano près de Naples.* — Rome, Impr. Polyglotte, 1923.

GHILARDUCCI F. *L'attività specifica delle Radiazioni nella Biologia e nella Clinica.* — Roma, C. Piaggesi, 1923.

GUALDONI G. C. *Sulla preparazione del Valerianato di mentolo.* — Estratto Farmacia Italiana, anno IV.

ID. *Circa un miscuglio di albumose B. C. pure e circa una albumosa ferruginosa naturale.* — Estratto Farmacia Italiana, anno IV.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

QUESTIONI PRATICHE.

L. — Se ed in qual senso sono valutabili, agli effetti della nomina dell'ufficiale sanitario, i rapporti di parentela con esercenti soggetti alla vigilanza igienica.

Il Prefetto di Avellino ha licenziato, per fine del periodo di esperimento, l'ufficiale sanitario di Savignano, non per apprezzamenti relativi alla prova ma per il presupposto che il rapporto di parentela col farmacista esercente nello stesso Comune « costituisca una specifica incompatibilità a coprire la carica di ufficiale sanitario, come ha ripetutamente opinato il Consiglio di Stato sia in sede consultiva che contenziosa ».

Errore. Il Consiglio di Stato non ha mai affermato questo principio. Alcune espressioni improprie di vecchie decisioni, inesattamente tradotte in formule sintetiche, hanno reso possibile in pratica il dominio di un criterio errato.

Si è ritenuto che il rapporto di parentela con esercenti soggetti alla vigilanza igienica, astrattamente considerato, costituisca, se non vera e propria incompatibilità giuridica, un ostacolo alla nomina o giusta causa di licenziamento per incompatibilità morale o di fatto.

Poichè le incompatibilità non si presumono e, nel caso in esame, la legge non le stabilisce, si è deviato praticamente verso una risoluzione stravagante: è stata negata, cioè, in diritto ma è stata ammessa in fatto una incompatibilità che non risulta dalla legge.

Così è avvenuto nel caso dell'ufficiale sanitario di Savignano, che è oggetto di controversia in sede giurisdizionale.

La IV Sezione del Consiglio di Stato già riconobbe « che non esiste una norma giuridica la quale stabilisca la incompatibilità ad esercitare le funzioni di ufficiale sanitario per chi ha parenti od affini soggetti alla vigilanza igienica, perchè, mentre manca una testuale disposizione di legge al riguardo, non si potrebbe una norma siffatta dedurre per analogia da altre disposizioni riguardanti altri pubblici uffici ».

Posta questa premessa, con la decisione 7 luglio 1916, n. 280, la IV Sezione soggiunse che, in determinate circostanze di ambiente e di persone, il rapporto di parentela può essere fonte « di un conflitto permanente tra l'interesse e il dovere del funzionario, il quale danneggi o discrediti l'esercizio delle funzioni a lui affidate; e di questo può e deve tener conto il Prefetto, cui spetta valutare le attitudini morali della persona all'ufficio ». Rilevò inoltre la IV Sezione che « questo e non altro hanno affermato le decisioni 28 aprile 1899, n. 207, e 6 novembre 1914, n. 417 ».

Con la decisione 29 aprile 1917, n. 144, furono ribaditi identici criteri, essenzialmente conformi a quelli risultanti da una mia nota pubblicata nella *Rassegna Comunale* 1914, n. 19, pagina 577.

Dunque: il rapporto di parentela non costituisce incompatibilità giuridica o morale o « di fatto », ma è uno degli elementi concreti che devono essere valutati, in concorso con tutte le altre circostanze di ambiente e di persone, per stabilire la maggiore o minore idoneità all'ufficio.

Ma, anche da questo punto di vista, è necessario considerare più da vicino e precisare meglio la importanza del rapporto di parentela come *uno degli elementi del giudizio* circa la nomina o la conferma, per evitare manifeste esagerazioni e per infrangere un pregiudizio ormai cristallizzato.

L'art. 173 del testo unico della legge Comunale e Provinciale applica agli impiegati comunali la disposizione dell'ultimo comma dell'art. 292, cioè il divieto di prendere parte direttamente o indirettamente « in servizi, esazioni di diritti, somministrazioni ed appalti di opere nell'interesse dei corpi a cui appartengono o soggetti alla loro amministrazione, vigilanza o tutela ».

Quindi, l'interesse che la legge considera come causa di ineleggibilità, se permanente, e di astensione se transeunte, è interesse *personale* dell'impiegato ed è di natura patrimoniale. Ma l'art. 173 non estende agli impiegati anche la prima parte dell'art. 292, per la quale i consiglieri, gli assessori, ecc. devono astenersi non soltanto quando si tratti di interesse proprio ma anche quando si provveda « ad atti, liti o contabilità che si riferiscano ad interessi dei *loro congiunti od affini sino al quarto grado civile o del conferimento di impieghi ai medesimi* ».

Sicchè, secondo il sistema della legge, il conflitto valutabile in rapporto agli impiegati, riguarda interessi propri e personali di essi e non l'interesse di parenti od affini.

E ciò, evidentemente, perchè alle eventuali deviazioni, per la pressione di interessi di terzi contrari a quelli dell'Amministrazione, per

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico

considerazioni di parentela, amicizia, ecc., provvedono altre forme ed altri mezzi di garanzia: formazione e scelta del personale, controlli gerarchici, sanzioni disciplinari, ecc.

Ma più tenue ancora e forse anche irrilevante, *in ogni caso*, è la importanza del rapporto di parentela tra l'ufficiale sanitario e il *farmacista* che esercita nello stesso Comune.

L'ufficiale sanitario esplica, alla dipendenza diretta del Sindaco, che è *autorità* sanitaria, e del medico provinciale, funzioni di polizia sanitaria, le quali riguardano tutte le cose e tutte le persone nel territorio del Comune o del Consorzio: polizia del suolo e dell'abitato, delle bevande e degli alimenti, del lavoro, delle industrie, profilassi delle malattie infettive, osservanza delle leggi e dei regolamenti sanitari. Sicchè sarebbe valutabile il rapporto di parentela con i medici condotti e liberi esercenti, farmacisti, levatrici, veterinari, con esercenti aziende industriali, commercianti di alimenti, bevande, ecc., e in genere con tutti i cittadini soggetti, in maggiore o minore misura, nell'esercizio delle loro attività, al controllo dell'ufficiale sanitario.

Ma fra tutte le categorie di esercenti soggetti alla vigilanza igienica, i farmacisti sono controllati dall'ufficiale sanitario in grado minore e quasi trascurabile.

La vigilanza sull'esercizio delle farmacie è affidata a speciali organi: oltre che dagli agenti di polizia, per tutte le trasgressioni alle leggi, la vigilanza è esercitata da speciali ispettori governativi (art. 20 della legge 22 maggio 1913, n. 648), dal medico provinciale (art. 17 lettera *g*) del testo unico delle leggi sanitarie) *e dal medico circondariale*, il quale ha l'obbligo specifico di ispezionare le farmacie del proprio circondario assistito da un chimico o da un farmacista (art. 24, lett. *e*, R. D. 31 dicembre 1923, n. 2889).

Per l'esercizio delle farmacie è, dunque, organizzato un servizio speciale e completo di controllo e di ispezione: al centro (ispettori) nella provincia (medico provinciale) e alla periferia (medico circondariale).

L'ufficiale sanitario non ha attribuzioni specifiche ed esercita funzioni generiche di vigilanza, come per ogni altra forma di attività da chiunque esplicata nel campo sanitario, e in concorso con altri funzionari e con le autorità sanitarie, dalle quali egli dipende.

Si ammetta pure che il rapporto di parentela con persone soggette a vigilanza possa costituire, in determinate circostanze, elemento valutabile agli effetti della scelta e della nomina, *in concorso con altri elementi*: ma è certo, in ogni caso, che il rapporto di parentela con il farmacista, dato il sistema del nostro ordinamento sanitario, non ha importanza diversa e maggiore del rapporto di parentela con qualsiasi cittadino tenuto ad osservare le leggi e i regolamenti sanitari.

Ho dato a questa nota uno sviluppo inconsueto perchè mi risulta che, in pratica, sono frequenti le deviazioni determinate dall'equivoco che ho voluto chiarire nettamente, tanto più che si è formato quasi uno stato di acquiescenza ad una formula errata e ad un criterio illogico e antigiuridico, al quale si deve invece reagire.

LI. — Effetti della mancata riassunzione del servizio dopo il termine dell'aspettativa.

Deve ritenersi pretestuosa l'affermata impossibilità di riprendere servizio, scaduta l'aspettativa per motivi di salute, se l'impiegato attenda ad altri lavori che richiedono una vita molto attiva.

Non è il caso di provvedere con la forma delle dimissioni di ufficio, previa diffida a riprendere servizio, quando l'impiegato, decorso il termine dell'aspettativa, dichiari di non essere in grado di riprendere servizio, se una norma del regolamento comunale disponga che « quando al termine dell'aspettativa l'impiegato non sia in grado di riprendere o di disimpegnare il proprio servizio, si intenderà senz'altro licenziato ». In tal caso si deve applicare il provvedimento meno grave del licenziamento, anzichè quello delle dimissioni di ufficio.

(Consiglio di Stato, Sez. V, decisione 2 maggio 1924, n. 224).

LII. — Obbligo della residenza del medico condotto consorziale.

Qualora in un capitolato di servizio per una condotta sanitaria consorziale sia imposto l'obbligo della residenza in un Comune nè sia ivi prevista la possibilità della deroga a tale norma, in analogia a quanto dispone il comma 2° art. 8 del T. U. sullo stato degli impiegati civili, la concessione della residenza in altro Comune importa modificazione del capitolato e, quindi, deliberata dall'assemblea consorziale, non può essere approvata dalla G. P. A. senza il previo parere del Consiglio provinciale di sanità.

(Consiglio di Stato, Sezione IV, decisione 16 maggio 1924, n. 268).

N. B. — **Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina, 14 - Roma (6).**

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

L'attività dell'Ospizio marino duchessa Elena d'Aosta in Valdotra presso Trieste.

La Direzione dell'Istituto ha pubblicato recentemente un rendiconto illustrante l'attività svolta in un decennio.

Fondato nel 1909, è passato in proprietà della Croce Rossa Italiana nel 1920, ed è da essa direttamente gestito. Malgrado il nome di Ospizio, ha tutte le caratteristiche di ospedale chirurgico ortopedico completo. Ha una capacità massima di 270 letti con una frequenza media giornaliera di oltre 200 ammalati. Dispone di tutti i servizi generali e in più di una vasta azienda agricola. Gli ammalati sono accolti in due padiglioni separati: il primo riservato alle forme di tubercolosi ossea, il secondo a quelle puramente chirurgiche ortopediche. Degli ammalati quasi la metà è rappresentata da adulti, ed il resto da bambini, e provengono — oltre che dalle Venezie — anche dalle altre regioni, principalmente dell'Italia settentrionale e centrale. Quali presidii terapeutici sono tenuti in prima linea la balneo e l'elioterapia. Per la posizione favorevole dell'Istituto i bagni di mare si possono fare da marzo a novembre; l'elioterapia anche nei mesi invernali, essendo le terrazze perfettamente al riparo dai venti di terra e potendosi fare assegnamento su una media annuale di 249 giornate di sole. Nei mesi di inverno poi i bagni di mare si fanno nell'apposito reparto chiuso, con piscina per i bagni in comune e vasche separate per quelli singoli. Tutte le norme terapeutiche dello scarico e dell'immobilizzazione o con trazione o con apparecchio gessato sono rigorosamente seguite nei casi di tubercolosi delle articolazioni come pure nei casi in cui si trovi l'indicazione si praticano aspirazioni di ascessi con successivo lavaggio della cavità con acqua di mare sterile, estrazione di sequestri, iniezioni nei tramiti fistolosi di liquidi modificatori, compressione di gibbosità con busti gessati secondo Calot, riservando gli ampi interventi demolitori solo ai casi di estrema necessità per indicazione vitale o sociale. Ogni qualvolta sia possibile, si fanno seguire agli ammalati corsi di ginnastica svedese.

A controllo dei risultati ottenuti l'Istituto dispone di un modernissimo impianto radiologico. Una scuola elementare provvede a tutelare dall'ignoranza i piccoli ricoverati, tenendoli occupati nelle ore libere dalla cura. In complesso i risultati ottenuti sono quanto mai lusinghieri: 72,3 % di guariti, 20,2 % di migliorati, 5,9 % di non guariti, 1,6 % di morti: di che si ha chiara dimostrazione nelle statistiche e nelle grafiche aggiunte all'opuscolo.

Dott. G. SEBASTIANELLI.

Cronaca del movimento professionale.

Negli Ordini dei Medici.

In seguito alle recenti elezioni del Consiglio Direttivo del nuovo Ordine dei medici della provincia della Spezia, a far parte del Consiglio stesso sono risultati eletti i dottori: prof. Cassanello comm. Rinaldo, presidente; Carletti cav. uff. Amedeo, tesoriere; Leone Luigi, segretario; Cerchi Ottavio, Ricci Valerio, Tarantola Attilio, Torre cav. Giuseppe, consiglieri.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

(*Continuazione; vedi fasc. 28*).

	Lire
Dott. Langer Raffaele, Nocera Inferiore	5
Dott. Fronda Rodrigo, id.	10
Dott. Levi Bianchini prof. Marco, id.	10
Stud. in Med. Gallo Mario, id.	2
Stud. in Med. Buoninconti Mario, id.	10
Stud. in Med. Gambardella Michele id.	10
Stud. in Med. D'Alessandro Mario, id.	5
Dott. Vitolo Raffaele, id.	25
Dott. Ventra Carmelo, id.	10
Dott. Musso prof. Giovanni, Napoli	30
Dott. Moscati prof. Giuseppe, id.	100
Dott. Sciuti prof. Michele, id.	20
Dott. Eschena Pasquale, Giugliano	100
Dott. Savarese Raffaele, Massalubrense	10
Dott. Casola Vincenzo, id.	25
Dott. Bozoatra Beniamino, id.	15
Dott. Formichella Bonaventura, Napoli	10
Dott. Mancini Oreste, Calvi Risorta (Caserta)	25
Dott. Capialbi Antonio, Monteleone Calabro	20
Dott. Ramondini Giacomo, id.	10
Dott. Ortone Domenico, id.	10
Dott. Scrugli Lorenzo, id.	10
Dott. Prestia Giuseppe, id.	5
Dott. Martirano Vincenzo, id.	5
Dott. De Francesco Paolo, id.	10
Dott. Montoro Giuseppe, id.	10
Dott. Romei Domenico Antonio, id.	5
Dott. Cutelli Carlo, id.	10
Dott. De Siena, id.	10
Dott. Bonelli Michele, id.	10
Dott. Cortese Nicola, id.	10
Dott. Gasparro Raffaele, id.	10
Ordine dei Medici, Napoli	1000
Dott. Sava prof. Enrico, id.	20
Dott. D'Alise prof. Raffaele, id.	20
Dott. Galbo prof. Calogero, id.	20
Dott. Tucci prof. Giuseppe, id.	20
Dott. Grassi Arturo, id.	20
Dott. Valerio Francesco, id.	20
Dott. Mauro prof. Mario, id.	10
Dott. De Maio prof. Francesco, id.	10
Dott. Marmo Serafino, Bellosguardo (Salerno)	10
Dott. Papa Nicola, Napoli	50
Dott. D'Agostino Mattia, Vallo della Lucania	10
Dott. Napoli Giuseppe, id.	10
Dott. Canfora Ferdinando, id.	5
Dott. Paolino Luigi, id.	10
Dott. Lettieri Francesco, id.	10
Dott. Tafuri Domenico, id.	10
Dott. Passarelli Giuseppe, id.	10

(*Continua*).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

CALTANISSETTA *Ospedale Vittorio Emanuele II.* — Chirurgo-direttore. L. 12,000, più il 50 % sulle operazioni chirurgiche. Scad. 29 luglio.

CASTELFRANCI (*Avellino*). — Al 30 lug.; abit. 2658 di cui 1419 nel capoluogo; ha. 1142; L. 4000 (*sic*), senza aumenti nè assegni di alcun genere; età limite 50 anni. Tassa di concorso L. 50, al tesoriere. (Crediamo che questo Comune detenga il *record* dei trattamenti di fame ai medici).

CASTEL S. PIETRO ROMANO (*Roma*). — A tutto 31 lug.; L. 7000 oltre L. 2700 c.-v.; L. 500 disag. resid. e L. 300 uff. san. Serv. entro 20 g.

GRADARA (*Pesaro-Urbino*). — L. 7000; 5 quadrienni di 1/10; cavalc. L. 3000; c.-v. mensile L. 165; L. 300 quale uff. san. Vaglia di L. 50. Scad. 25 lug.

IOLANDA DI SAVOIA (*Ferrara*). — Scad. 26 lug.; 2 condotte; L. 8000 e L. 10,0000 rispett.; con assegni complement. di L. 2500 e di L. 3000; 5 quadrienni decimo; età lim. 40; tassa L. 50.15; assunzione entro 15 g.

LONDRA. *Ospedale Italiano.* — Concorso al posto d'assistente (medicina e chirurgia). Vedi fasc. 28. Scadenza 31 luglio.

MONDOLFO (*Pesaro*). — Consorzio con Fano, per la frazione di Marotta; L. 7000 e quadrienni del decimo; addizion. L. 3 sopra i 500 pov.; due c.-v. Età lim. 40. A tutto 31 lug. (Sede del consor.: Mondolfo).

OFFIDA (*Ascoli Piceno*). *Congregaz. di Carità.* — Chirurgo direttore del'Ospedale Civ. e condotta residenz.; scad. 31 lug.; L. 12,0000 iniziali e 50 % operazioni paganti; 4 quinquenni decimo; deposito L. 50; assunzione dopo 10 giorni. Trasporto per la campagna a carico del Comune. Ab. 7052; ha. 4944.

SONCINO (*Cremona*). — 3° reparto (Gallegnano-Isengo). Scad. 31 ag., ore 13. Poveri 800 circa. L. 6500 residenza; 4 quinq. decimo; fino a 1000 pov. L. 2000; ambul. L. 200; una e mezza indenn. caroviv. Chiedere annunzio.

CONCORSI A PREMIO.

BOLOGNA. *R. Accademia delle Scienze.* — Fondazione S. Pozzi. Vedi fasc. 7. Scad. 31 dic. 1924.

BOLOGNA. *Istituto Ortopedico Rizzoli.* — Premio Umberto I. Vedi fasc. 11. Scad. 31 dicembre 1924.

MILANO. *Municipio.* — Due premi della Fondazione dott. A. Beretta. Vedi fasc. 15. Scad. ore 12 del 28 feb. 1926.

MILANO. *R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere.* — Due premi della Fondazione Fossati. Scadenza ore 15 del 1° apr. 1925 e ore 15 del 31 dic. 1926. — Premio della Fondazione Ernesto De Angeli. Scad. ore 15 del 31 dic. 1926. Vedi fasc. 17.

MODENA. *R. Università.* — Premi Riccardo Luzzatto e Alfredo Simonini. Vedi fasc. 19.

REITANO (*Messina*). — L. 7000 e L. 1000 uff. san. Cinque aum. quinquennali del decimo. Serv. fino a 500 poveri e L. 5 ogni povero in più. Scad. 31 agosto. Tassa di L. 50 per ammissione al concorso.

ROMA. — *Ministero della Guerra.* — Premio Riberi. Vedi fasc. 8. Scad. 31 dic. 1924.

ROMA. *Società Italiana di Medicina Interna.* — Due premi ditta Hoffmann-La Roche. Vedi fasc. 15. Scad. ore 16 del 31 dic. 1924 e del 31 dic. 1925.

ROMA. *R. Università.* — Due premi di fondazione Girolami. Scad. 31 dic. 1924

ROMA. *Reale Accademia dei Lincei.* — Due premi offerti dall'Istituto d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale; vedi fasc. 24. Scad. 30 settembre 1926.

ROMA. *Associazione Italiana per l'Igiene.* — Concorso per la propaganda igienica. Vedi fasc. 24.

TORINO. *R. Accad. di Medicina.* — Premio Riberi. Vedi fasc. 33 del 1923. Scad. 31 dic. 1927.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Alla presidenza dell'*Associazione Medica Americana* per il 1924 è chiamato il dott. William Allen Pusey, a lungo professore di dermatologia presso l'Università di Illinois, in Chicago, un posto al quale egli rinunziò spontaneamente, dopo di che venne nominato professore emerito.

L'Allen Pusey è stato un pioniere della radioterapia: fu il primo ad impiegare i raggi X nella cura della leucemia e del morbo di Hodgkin. Durante la guerra organizzò la difesa dell'esercito nord-americano contro le malattie veneree e sifilitiche. È autore di un trattato di radioterapia e di un trattato di dermatologia che fanno testo, nonchè di numerose e apprezzate memorie.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Il 3° V.I.M.

Il 3° Viaggio d'Istruzione per Medici (V. I. M.), indetto dall'Ente Nazionale per le Industrie Turistiche (E. N. I. T), ha riportato un successo ancora più completo e più decisivo dei precedenti.

Promotore e animatore di questi viaggi, modellati sul tipo dei V. U. M. francesi, è stato il benemerito prof. Guido Ruata, rivelatosi un organizzatore impareggiabile.

Il viaggio attuale si è svolto, a metà del mese di giugno, attraverso numerose stazioni idriche e termali dell'Italia Centrale: Campania, Lazio, Abruzzo e Toscana. I partecipanti o «vimaroli», in numero di oltre 200, si distinguevano in «veterani», «anziani» e «reclute», a seconda che avessero già preso parte ai due viaggi precedenti, ad uno solo od a nessuno; erano riconoscibili gli uni dagli altri per le medagliette dorate, argentate o bronzee; tutti poi erano forniti di un distintivo di squisito buon gusto.

Preludio al viaggio fu una gita al Vesuvio, offerta con signorilità dal dott. Alfonso Wassermann ed effettuata partendo da Napoli su magnifici autocarri.

La prima visita venne effettuata, su tram speciale, ai grandiosi stabilimenti termali di Agnano, ove i visitatori s'incontrarono con le autorità napoletane, recatesi colà per dare loro il benvenuto; erano tra esse il sindaco, il vice-prefetto, il presidente della deputazione provinciale, ecc.; tenne una

conferenza scientifica il direttore sanitario gr. uff. prof. Emilio Di Tomasi; alla colazione, offerta nell'« Hôtel des Thermes », vennero pronunziati applauditi brindisi dall'on. Angiulli, dall'on. Sgobbo, dal comm. Rebucci, dal prof. Ferrannini, dal prof. Ruata, dal prof. Di Tommasi, dal cav. Saccani. Fu una giornata indimenticabile.

Seguì una gita su potenti automobili, alla solfatara di Pozzuoli: le bellezze della plaga furono illustrate dal cav. Annichino, sovrintendente ai monumenti. Il municipio offrì un rinfresco. Si passò poi alle terme Serapide ed attraverso altri stabilimenti alla stazione curativa di Bagnoli; la magnifica giornata della visita alla plaga fregrea si chiuse con un banchetto sulla rotonda dello stabilimento Tricarico, accompagnato da canti e suoni e seguito da una serenata a mare.

Sul piroscafo « Maddalena » si passò all'Isola d'Ischia, ove le autorità offrirono un ricco *buffet*; nel salone delle Terme il prof. Alfredo Razzano tenne una lucida conferenza sulle indicazioni di quelle cure termali, dopo di che si passò alla visita dello stabilimento, la quale si chiuse con una colazione. Seguì, sempre per mare, una visita alle Terme Regina Isabella (a Lacco Ameno), illustrate dal prof. Marfori.

Su di un treno speciale, fatto apprestare dall'ing. Leopoldo Ermolli, s'iniziò poi il viaggio alle stazioni continentali, cominciando da Castellammare di Stabia, « metropoli delle acque », dove i festeggiamenti furono addirittura sontuosi: pronunziò una conferenza illustrativa il dott. Fraticelli, cui seguì un'orazione dell'on. Castellino.

Per non rubare il prezioso spazio del « Policlinico », sorvolo sulle numerose visite successive, naturalmente tutte intramezzate da banchetti e festeggiamenti; mi limiterò a menzionare le stazioni di Telese, illustrata dal prof. Cimmino; di Caramanico, illustrata dal prof. Palmerio; di Fiuggi, vera rivelazione, illustrata dal prof. Nazari; di Civitavecchia, ove tenne una smagliante conferenza il prof. Alessandri; di Viterbo, le cui virtù furono messe in evidenza dal dott. Antonelli; di Sangemini, ove tenne una sobria conferenza il prof. Schiboni. Una speciale menzione merita, infine, la stazione di Chianciano, sia perchè chiuse il feerico viaggio, sia per le conferenze che ai convenuti fu dato ascoltare, l'una brillante ed efficace del professore Sabatini sulle indicazioni di Chianciano, l'altra dotta e magistrale del prof. Ascoli sulla colelitiasi, che costituisce la principale indicazione di quelle acque. A Chianciano la carovana si sciolse, dopo un'adunanza in onore del dott. Wassermann, allietata da versi in italiano ed in latino, e dopo un sontuoso banchetto, cui parteciparono i proff. Banti, Barduzzi ed altri, giunti di proposito sul posto. Venne inviato un telegramma al comm. Oro, presidente dell'Enit.

Passando da Roma i gitanti vollero rendere un omaggio alla tomba del milite ignoto.

Ci auguriamo che queste gite, destinate a valorizzare il nostro patrimonio termo-climatico e balneare, incontrino sempre più il favore del pubblico medico.

D.

NOTIZIE DIVERSE.

Onoranze al prof. De Giaxa.

In occasione del 75° compleanno di Vincenzo De Giaxa, sono state tributate a Napoli significative onoranze all'insigne igienista, nello stesso grandioso Istituto d'igiene che egli seppe creare e organizzare.

Intervennero alla cerimonia il Prefetto, il Sindaco, il presidente della Deputazione provinciale, altre autorità e personalità, una larghissima rappresentanza della classe sanitaria e numerosi studenti. Parlarono il preside della Facoltà prof. Jemma e il sindaco, dopo di che il presidente del Comitato esecutivo, prof. De Blasi, tenne un efficacissimo ed elevato discorso; il segretario prof. Orsi lesse le numerose adesioni.

Si procedette in seguito alla premiazione di quattro studenti vincitori di una gara indetta in nome del Maestro, al quale fu inviato un commovente telegramma di augurii. Fu infine scoperta una lapide, che ai quattro angoli reca gli stemmi di Zara, città natale del festeggiato, di Trieste, ove egli coprì la carica di protofisico, di Pisa e Napoli, ove egli impartì i suoi apprezzati insegnamenti e fece sorgere due importanti Istituti di Igiene.

Per l'Università di Milano.

Il C. S. della P. I. con voto unanime ha dato parere favorevole alla istituzione dell'Università a Milano, con le quattro Facoltà: letteraria, giuridica, medica e di scienze.

La Cassa Nazionale Infortuni alla Esposizione Internazionale della Cooperazione e delle Opere sociali.

Il Padiglione italiano, organizzato da un Comitato presieduto da S. E. Luzzatti, copre un'area di mq. 1500.

La Cassa Nazionale Infortuni, fra gli Istituti Sociali, occupa lo spazio più importante. Essa ha presentato, oltre alcuni quadri statistici e molte fotografie e tutte le sue importanti pubblicazioni in materia di previdenza sociale, un completo Ambulatorio medico-chirurgico, con reparto radiologico ricco di importanti diapositivi, che desta molto interesse fra i competenti numerosi visitatori.

La Cassa Nazionale Infortuni non si è, però, fermata alla illustrazione dell'opera sua: essa ha voluto raccogliere nel proprio *stand* il materiale di Istituti ed Enti affini, fra i quali ricordiamo l'Associazione fra gli industriali d'Italia per la prevenzione degli infortuni, l'Istituto di Assicurazione Infortuni di Trieste, la Clinica del Lavoro di Milano, la Confederazione della Mutualità e delle Assicurazioni Sociali, la *Fiat* per l'azione di assistenza medico-legale che questa svolge nel campo degli infortuni.

La Cassa Nazionale Infortuni, che nel campo delle assicurazioni, della prevenzione e della cura degli infortuni sul lavoro ha già conquistato tante benemerenze nell'ambito della Nazione, ha voluto rinnovare all'Estero l'affermazione della sua mul-

tiforme attività, costituendo con la propria opera un naturale centro di svariate iniziative delle antiche e delle nuove Provincie Italiane nella legislazione sociale.

Cassa Nazionale per le assicurazioni sociali.

Il Comitato Esecutivo della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, nell'intendimento di organizzare compiutamente il servizio medico, ed in modo speciale di iniziare il programma di prevenzione e cura delle invalidità, che la legge affida alla Cassa, ha deliberato di costituire una Commissione Centrale medico-consultiva.

Sono stati chiamati a far parte di tale Commissione: il prof. Cesare Biondi, il prof. Ettore Levi, il prof. Giovanni Loriga, il prof. Gustavo Pisenti e il dott. Cesare Giannini, che fungerà anche da segretario.

Soccorsi della C. R. I. per Messina.

I Comitati di Messina e di Palermo della Croce Rossa Italiana hanno messo a dsposizione delle autorità locali attendamenti ed altri soccorsi per il ricovero della popolazione di Messina privata di alloggi in seguito all'incendio che ha distrutto più di un centinaio di baraccamenti.

La C. R. I. per il gen. Giardino.

La Croce Rossa Italiana, che segui sempre con materna sollecitudine e soccorse nei limiti delle sue possibilità ai bisogni della città di Fiume, da lei vettovagliata per 14 mesi, preso atto dell'alta opera di assistenza sociale compiuta dal generale Giardino durante il suo Governatorato, a beneficio della città, gli conferiva la medaglia d'oro al merito.

Alla cerimonia del conferimento parlò il Presidente sen. Ciraolo; ha risposto eloquentemente il gen. Giardino, indicando i bisogni di quella popolazione e le ragioni delle provvidenze da lui adottate.

Alla gentile sig.ra Margherita Giardino, che a Fiume aveva collaborato nelle opere di solidarietà civile, la Croce Rossa ha conferito la piccola medaglia d'oro di propaganda; la consegna è stata pure effettuata dal sen. Ciraolo.

Lega Britannica per la salute ed il benessere della madre e del fanciullo.

La «National League for Health Maternity and Child Welfare», dopo 19 anni dalla fondazione ha organizzato in modo completo l'ispezione medica delle scuole in tutta l'Inghilterra, la Scozia ed il Galles. Dispone attualmente di 3,000 visitatrici sanitarie; possiede oltre 2,400 centri per il benessere dei fanciulli e ambulatori prenatali («Infant Welfare Centers and Prenatal Clinics»), sparsi in tutto il Regno Unito; esercita la sua sorveglianza sopra oltre 350,000 madri coi rispettivi bambini. La Lega spende circa 2 milioni di sterline all'anno (oltre 200 milioni di lire it.) per la sua opera sociale. In conseguenza delle sue provvidenze, fra cui va segnalata la fornitura di latte puro, la mortalità infantile si è ridotta da 145, quale era nel 1904, a 69 nel 1923. La Lega Nazionale e le sue numerose società affiliate hanno avuto una gran parte nel promuovere l'interesse e l'azione del pubblico per l'igiene, risvegliando la coscienza igienica. Come risulta dalla relazione annuale, fra le attività della Lega vanno segnalati: corsi di lezioni igieniche ai clubs di ragazze ed agli insegnanti, istituzione di case per bambini, di «giornate» di riposo per le madri affaticate e di un ufficio di collocamento.

Alla Lega Nazionale per il benessere delle madri e dei fanciulli sono affiliate: l'Associazione Nazionale per la prevenzione della mortalità infantile; l'Associazione per il benessere dei fanciulli e per i centri di maternità; il Consiglio Nazionale per la prima infanzia; la Società Nazionale delle Infermiere; il Consiglio Nazionale per le madri non maritate e per i loro bambini e l'Associazione Igienica nazionale delle donne irlandesi. Ciascuna di queste organizzazioni esercita un'attività particolare per la tutela dei fanciulli.

(*National Health*).

Un monumento ai medici di Parigi caduti in guerra.

La Società degli Amici della Facoltà di medicina di Parigi, di cui è segretario il prof. Chauffard, ha preso l'iniziativa di erigere un monumento alla memoria dei medici e studenti di quella Facoltà caduti durante la recente guerra. Il monumento sorgerà nell'atrio degli Immortali della scuola e verrà inaugurato nel prossimo novembre.

I contributi vengono raccolti dal sig. Masson, 120, boulev. St.-Germain, Paris VI.e.

L'orchestra medica di Parigi.

L'orchestra medica di Parigi, che aveva lunghe e belle tradizioni nell'avanguerra, sta per ricostituirsi. Sono invitati a far parte del nuovo gruppo i medici strumentisti, nonchè studenti di medicina, mogli e figli di medici. La quota è di 40 franchi, ridotta a 20 per gli studenti. Segretario generale è Louis Destouches, 4, rue Thénard, Paris IVe.

Si è spento il dott. prof. CAMILLO BARBA MORRHY, che per molti anni resse le sorti dell'Ospedale Vittorio Emanuele III di Tripoli e contribuì a preparare l'occupazione italiana. Fu addetto poi alla sorveglianza igienica delle scuole italiane in Oriente. Era nato a Messina. Sapeva farsi stimare e benvolere. M.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journ. Méd. Français, mag. — Numero sulla patologia mentale.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 2 giu. — Numero sul cancro.

Medicina Ibera, 14 giu. — U. SARACHAGA. Trattam. etiolog. delle malattie del cuore e dell'aorta.

Lancet, 21 giu. — G. HOPKINS. La biochimica: presente e avvenire.

Münch. Mediz. Wochens., 20 giu. — F. HOFF e K. SCHWARZ. Intracutacutaneo-diagnosi del cancro. — K. FINK. Metodi biologici di diagnosi della gravid.

Riforma Med., 16 giu. — P. LIVIERATO. Le aritmie cardio-vascolari. — P. VITI. Riflesso addomino-cardiaco o fenomeno Livierato.

Deutsche Mediz. Wochens., 20 giugno. — E. HOFFMANN e H. T. SCHREUS. Il mesurol, nuovo preparato bismutico. — L. LANGE e G. HEUER. La nuova reazione di Wassermann per la tbc. — W. SCHÖNFELD. Rapporti sessuali tra bambini.

Paris Méd., 21 giu. — Numero sulla ginecologia e l'ostetricia.

Presse Méd., 21 giu. — H. VULLIET. Scollamento del collo femorale nelle ragazze all'epoca della pubertà. — G. J. PETRESCU. L'idropisia della vescichetta biliare. — F. JAYLE. Le assicuraz. sociali.

Gaz. d. Hôp., 17 e 19 giu. — L. BABONNEIX. Pseudotabe. — E. DOUMER. La faradizzazione addominale nel trattam. della diarrea infant. — A. RODIET. Il temperamento epilettico, 21 giugno. — M. LANOS. La meningite otogena.

Annali d'Igiene, mag. — A. CASTELLANA. Potere disinfettante dei cresoli e dei cresoli saponati. — N. PICCALUGA. Metabolismo del calcio in rapporto ai raggi Roentgen. — G. GUERRIERI-PALEOTTI. Influenza delle variazioni meteoriche sulla mening. cer.-spin.

Lettura Oftalmologica, feb. — G. LODDONI. La schiascopia e sua importanza nell'astigmatismo.

Folia Medica, 15 giu. — P. M. FRANCO. L'ipofonesi dello sterno nei giovani.

Problemi della Nutriz., apr.-mag. — I. ZOIA. Innervazione renale. — E. GIANI. Ascite adiposa. E. MILANI. Cure fisiche e diabete. — I. MEO COLOMBO. Effetti dell'alimentazione di cereali nelle cavie.

Med. Ibera, 21 giu. — F. CRIADO. Neurosifilide postmorbillosa.

Journ. de Méd. de Paris, 21 giu. — M. LABBÉ. Significato dell'albuminuria nei diabetici.

Tubercolosi, apr. — E. PISANI. L'albuminoreazione e la prova dell'alizarina nella tbc. polm. — F. DUMAREST e C. LOLLINI. Vaccinoterapia della tbc. polmonare.

Rinascenza Med., 1 lug. — L. CHIMISSO. Globuli rossi «gigantociti». — O. NUZZI. Spondiliti tubercolari infantili di diffic. diagnosi.

Riforma Med., 23 giu. — G. DOMINICI. Iperglicemia provocata e glicorrachia.

Deut. Mediz. Woch., 27 giu. — W. KÖRTE. Le indicaz. al trattam. operativo della calcolosi epat. — H. SCHLOSSBERGER, O. HARTOCH, M. LUSENA e R. PRIGGE. Sierodiagn. della tbc. mediante fissaz. del complem. — R. DYROFF. Microscopia dei capillari nel vivo. — H. J. MAMLOK. L'igiene orale moderna su basi biologiche.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXXI **Roma, 28 Luglio 1924** **Fasc. 30**

IL POLICLINICO

fondato dai professori :

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO D'IGIENE DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. G. SANARELLI.

Un metodo per l'isolamento in coltura dei protozoi dalle infusioni fecali.

Dott. VITTORIO PUNTONI
Professore incaricato di batteriologia.

Lo studio colturale dei protozoi è molto meno progredito di quello dei batteri. Se ciò è dovuto in parte alla relativa difficoltà di sviluppo dei protozoi nei terreni artificiali, d'altro lato bisogna ammettere che gli studi culturali sui protozoi non sono mai stati perseguiti con la cura che si è posta nella coltivazione dei batteri. Attualmente si comincia a ritenere che moltissimi protozoi non patogeni si coltivano bene e che vere colture si possono ottenere anche per parecchie forme essenzialmente parassitarie.

Oltre a questo mancano completamente metodi tecnici per l'isolamento dei protozoi, nei casi in cui parecchie specie si trovano commiste fra loro in uno stesso mezzo.

Avendo bisogno — per alcuni studi che sono in corso — di separare in coltura le singole specie protozoarie che si osservano in infusioni fecali commiste fra loro, ho dovuto cercare dei metodi idonei per l'isolamento.

Premetto che per isolamento di protozoi fecali si deve intendere soltanto la separazione di ogni singola specie protozoaria dalle altre, ma non la colture in assoluta purezza, esente cioè da qualsiasi altro essere vitale; non è infatti possibile liberare i protozoi dai numerosi batteri concomitanti, i quali, del resto, sembrano utili o anche indispensabili per assicurare l'alimentazione e la vita dei protozoi.

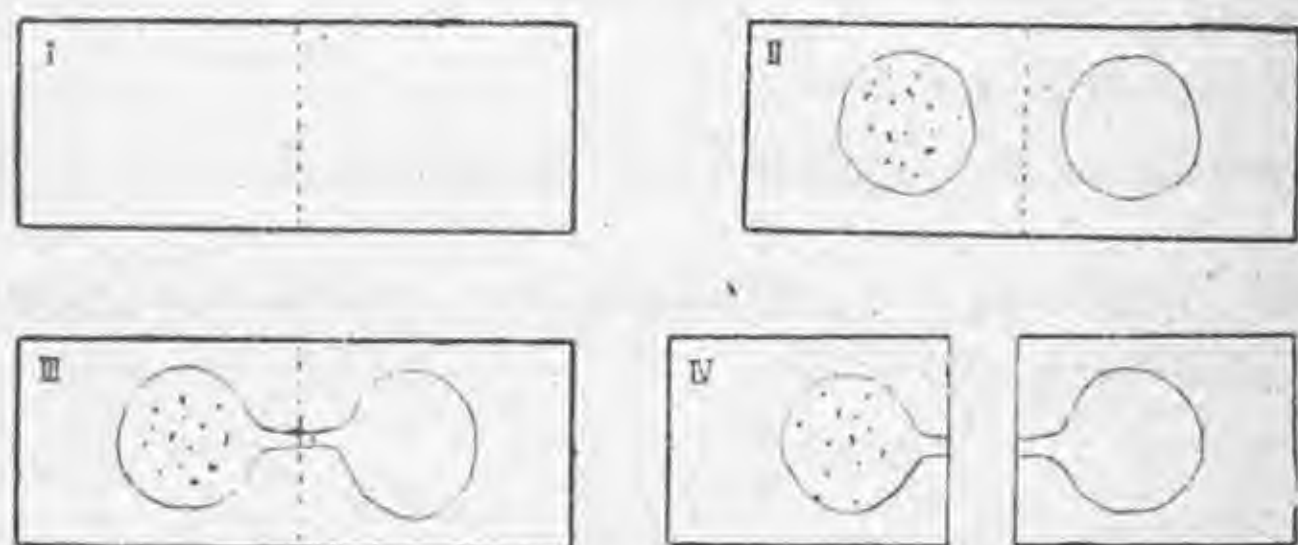
La separazione di diverse specie protozoarie può essere ottenuta col semplice metodo della diluizione, distribuendo piccole quantità dell'infusione convenientemente diluita, in molti tubi contenenti un terreno appropriato per la coltura; è possibile allora di ottenere, in alcuni tubi, lo sviluppo di una sola specie. Ma questo metodo è assai indaginoso, richiede notevole quantità di materiale, non sempre riesce e spesso, tardivamente, dà la sorpresa di inquinamenti.

Per tutti i protozoi dotati di vivace movimento di traslazione (sieno ciliati o flagellati) ho trovato decisamente preferibile ricorrere ad una diversa tecnica ispirata ad un metodo ideato ed adoperato dallo Spallanzani per dimostrare inoppugnabilmente la riproduzione di singoli protozoi.

Ecco come lo stesso Spallanzani, dopo avere accennato alle notevolissime difficoltà prece-

dentemente incontrate, tanto da lui quanto dal Sig. de Saussure per separare i singoli protozoi, descrive il suo metodo (1):

« Con la punta d'una penna da scrivere tra-« sferisco una gocciola d'infusione dentro a un « cristallo. Nulla importa se abbonda in ani-« maletti. Metto nello stesso cristallo una goc-« ciola d'acqua pura alla distanza di due o tre « linee dalla prima. Indi fo comunicare insie-« me le due gocciole mediante un canaletto co-« mune prodotto dal far correre la punta della « penna dall'una all'altra gocciola. Gli anima-« letti dalla gocciola dell'infusione non tarda-« no a passare al canaletto, e da lui, l'uno dopo « l'altro, alla gocciola dell'acqua. Con la lente « io sto contemplando questo passaggio, e su-« bito che veggo un animale rientrato già nella « gocciola dell'acqua, con un pennellino spazzo « via il piccolo canale di comunicazione e così « mi riesce di avere imprigionato nell'acqua « un solo animale... ».

Il metodo dello Spallanzani, nella sua tecnica originale, può servire bene per l'osservazione microscopica, ma non per allestire successive colture, perchè rimane difficile trasportare il protozoo dalla goccia ove si è isolato alla provetta contenente il liquido colturale; avviene molto spesso di disperderlo o di lederlo nelle operazioni di trasporto.

Molto meglio corrisponde la seguente modificazione da me ideata. Essa consiste nell'eseguire l'intiera operazione sopra un piccolo vetrino lungo 2 cm. e largo 6-7 mm. e diviso in due aree da un'incrinatura mediana, praticata col diamante (vedi fig. I).

Sopra una delle aree del vetrino, previamente flambato, si depone un'ansata dell'infusione fecale ricca di protozoi appartenenti a varie specie e commisti fra loro, sopra l'altra area si depone un'ansata di liquido nutritivo appropriato (vedi fig. II). Quindi con un ago sterile si traccia una linea dalla goccia di liquido nutritivo alla goccia d'infusione; le due goccie vengono così ad essere congiunte mediante un ponte lineare di liquido (vedi fig. III). Come particolarità di tecnica dirò che è bene far sì che la goccia di liquido nutritivo sia un po' più abbondante di quella dell'infusione, perchè in tal modo, nel momento in cui si crea il ponte di congiunzione, la corrente, che inevitabilmente si stabilisce fino a raggiungere l'equilibrio idraulico, va dal liquido nutritivo all'infusione e non v'è pertanto il pericolo di un trasporto meccanico di protozoi dall'infusione al liquido nutritivo. Non appena è stato creato il ponte, si porta la preparazione sotto il microscopio e si osserva con un obiettivo n. 2.

Appena un protozoo, attraversando il ponte liquido, perviene nella goccia di liquido nutritivo, con due pinze flambate, o anche con le dita sterilizzate con alcool, si spezza in due il vetrino lungo l'incrinatura (vedi fig. IV) e la metà contenente il liquido con il protozoo isolato, si introduce in una provetta di liquido nutritivo appropriato, ove avviene una cultura monocitogenetica e quindi certamente pura.

Evidentemente le specie più mobili e quelle rappresentate da un maggior numero di individui, sono quelle che più facilmente traversano i ponti, tuttavia moltiplicando i tentativi, oppure ripetendo le prove in più giorni successivi, traendo così profitto dal fatto che quasi ogni specie ha il suo momento di predominio numerico sulle altre, si perviene all'isolamento di quasi tutti i protozoi mobili esistenti in un'infusione.

Il passaggio di un protozoo attraverso il ponte, talora avviene quasi immediatamente, tal'altra richiede una lunga attesa. In quest'ultima evenienza ed in ispecie nella stagione calda, è opportuno di eseguire l'osservazione dopo aver posto il vetrino portante la preparazione in una piccola camera umida (basta una piccola scatola Petri) così bassa da potere essere posta ed esaminata sotto al microscopio con l'obiettivo n. 2.

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. A. ZERI.

Sopra un metodo di coltivazione della spirocheta ittero-emorragica.

Dott. VITTORIO VANNI, assistente.

La spirochaeta ictero-hemorragiae fu per la prima volta coltivata da R. Inada e Y. Ido nel 1915 per mezzo del terreno di Noguchi, in cui i frammenti di organi di coniglio aggiunti ad esso erano sostituiti dal rene di cavia, ed osservarono come lo sviluppo non fosse possibile che a una temperatura inferiore a quella del corpo umano; più precisamente, l'optimum era rappresentato da una temperatura compresa fra 22° e 25°; in seguito Y. Ido e H. Mat-

(1) Opere di LAZZARO SPALLANZANI, vol. VI, pag. 170, Milano. Dalla Soc. tipogr. dei Classici Italiani. 1826.

suzaki proposero tutta una serie di nuovi terreni tanto solidi che liquidi, tutti però di preparazione assai delicata.

Reiter e Ramme preconizzarono un terreno composto di soluzione salina all'8,5 % e siero di coniglio, ottenuto mediante salasso dalla carotide: una parte di siero viene mescolata con 5 di soluzione salina, il miscuglio filtrato attraverso candela Chamberland, e ripartito in tubi addizionati di olio di vasellina sterile onde ottenere l'anaerobiosi. Noguchi dà come preferibile le seguenti tre formule:

a) siero di coniglio p. 1,5; soluzione di Ringer p. 4,5; plasma con citrato p. 1;

b) siero di coniglio p. 1,5; soluzione di Ringer p. 4,5 agar al 2 % p. 1;

c) come il precedente, cui dopo solidificazione si aggiunge siero di coniglio p. 1,5 e soluzione di Ringer p. 4,5.

Le superfici devono essere ricoperte da olio di vasellina sterile. Noguchi afferma che lo sviluppo è più precoce nel terreno *a*) che nel terreno *b*); in compenso in quest'ultimo si osserva, in un mese circa, uno sviluppo più rigoglioso. Sono stati sperimentati anche il siero di cavallo, di bue, di capra, ma, secondo L. Martin e A. Pettit, nessun siero è così adatto per le colture come quello di coniglio. In tali terreni, e alla temperatura suaccennata, lo sviluppo appare scarso al quarto giorno, per raggiungere il massimo rigoglio fra il decimo e il dodicesimo giorno. In un mese circa le spirochete subiscono fenomeni involutivi e la virulenza delle colture va del pari scemando; secondo L. Martin e A. Pettit, le colture assai giovani infettano la cavia, animale, come è noto recettivo per eccellenza, nella dose di 0,5 cc.: dopo un certo numero di trapianti è necessario un cc.; dopo quattro o cinque mesi due cc. sono spesso insufficienti; in un anno 5 cc. uccidono la cavia, ma dopo circa 15 giorni, senza ittero nè parassita constatabile all'autopsia; solo con qualche emorragia in corrispondenza dell'epididimo e dei gangli crurali.

*
* *

Il metodo di coltura da me studiato consiste in ciò: frammenti di fegato di circa un centimetro di lato di cavia infetta si pongono in una provetta contenente 5 cc. della comune soluzione fisiologica, mescolati con altrettanto siero di cavallo: si può a tale scopo adoperare il siero normale di cavallo dell'Istituto Sieroterapico Milanese comunemente adoperato in terapia, aspirando con una pipetta sterile il contenuto di un'intiera fialetta da 5 cc. Il tutto va ricoperto con 1-2 cc. di olio di vasellina *non sterile* e posto in stufa a 37 gradi. Già dopo tre giorni, si osserva negli strati superiori della coltura, una nubecola costituita da spirochete e da sviluppo di germi banali, dovuto ad inquinamento da parte dell'olio di vasellina. La presenza di germi banali che crescono stentatamente nel siero di cavallo, costituisce una simbiosi assai favorevole al nutrimento e allo sviluppo delle spirochete, oltre che è capace di conservarne assai più a lungo la virulenza. Infatti, già dopo tre giorni di stufa a 37°, optimum di temperatura in tale caso, lo sviluppo delle spirochete è abbondantissimo e si mantiene stazionario per parecchi mesi; caratteristico lo sviluppo somatico che assume il parassita che raggiunge, in tali colture, dimensioni doppie del normale (30 e qualche volta 40 micron.).

Del pari la virulenza è esaltata in modo, da produrre la morte della cavia in sole 48 ore mediante inoculazione endoperitoneale di 0.5 cc. di coltura, e si mantiene stazionaria, anzi subisce alcune volte delle oscillazioni in aumento nello spazio di tre mesi circa, per poi gradatamente diminuire; basta allora eseguire un trapianto con 2-3 cc. della coltura in nuovo terreno, perchè la virulenza si ripristini. Le colture trapiantate ogni tre quattro mesi, sono dotate di una speciale sopravvivenza e mantengono quasi intatta la virulenza per circa due anni. Come controllo, ho eseguito molteplici prove sull'eventuale potere patogeno dei germi che in tal modo crescono in simbiosi nel terreno, potere patogeno che è risultato del tutto assente.

Tale metodo può venire utilizzato per la ricerca della spirocheta nelle orine, purchè il terreno venga convenientemente alcalinizzato: 1 cc. di orina di cavia estratta con puntura nella vescica viene mescolato al terreno contenente un frammento di fegato di cavia normale, cui si aggiungono 0,5-1 cc. di soluzione di carbonato sodico al 10 %. Tale metodo si può agevolmente applicare anche nell'uomo a scopo diagnostico, evitando in tal modo la inoculazione alla cavia, ma usando maggiori quantità di orina (5 cc.).

Conclusioni: Il metodo descritto presenta i seguenti vantaggi:

1) è di semplice attuazione, permettendo l'uso delle fiale di siero di cavallo comunemente adoperate in terapia;

2) dà un più rapido sviluppo delle spirochete;

3) mantiene assai più lungamente la loro virulenza;

4) permette l'isolamento delle spirochete direttamente dalle orine umane, ed è perciò di utilità pratica a scopo diagnostico, risparmiando l'inoculazione alla cavia.

Dimostra inoltre che la presenza di germi banali nel terreno costituisce una simbiosi favorevole all'accrescimento e al mantenimento della virulenza della spirocheta, la quale, in tali condizioni, ha un optimum di temperatura di 37° ossia quella del corpo umano, e non già di 22-25°.

Al prof. A. Zeri, direttore dell'Istituto, i miei più vivi ringraziamenti per i consigli prodigati.

BIBLIOGRAFIA.

ITO and MATSUZAKI. *The pure cultivation of Spirochaeta icterohaemorragiae*. Journ. of exp. Medicine, april 1916.

BELFANTI S. *Intorno alla coltura e alla immunità delle sp. ittero-emorragiche*. Pensiero Medico, marzo 1917.

CESA-BIANCHI e VALLARDI. *La coltivazione in vitro della sp. ittero-emorragica*. (Atti Soc. Lombarda di Sc. Med., 1917.

L. MARTIN e A. PETTIT. *Spirochétose ictérohémorragique*. Ed. Masson, 1919.

Roma, giugno 1924.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Considerazioni cliniche e medico-legali sopra un caso interessante di emorragia meningea.

Dott. CARADONNA EGISTO, medico condotto a Barco (Reggio-Emilia).

Diagnosticare presto un'emorragia meningea, equivale sempre a salvare il malato con mezzi relativamente semplici e pratici; non fare la diagnosi, il più delle volte ci conduce a perdere il paziente improvvisamente, senza poter tentare neppure la cura chirurgica; qualche volta implica un lavorio diagnostico di localizzazione non indifferente, con la successiva operazione chirurgica grave, indaginosa e, come tutti gli interventi sul cranio, pericolosa. Per noi medici condotti, tutti i giorni a contatto di traumatizzati della testa, la possibilità di emorragia meningea deve esser sempre presente alla mente, poichè essa è molto più frequente di quello che non si creda. Ma non sempre occorre un trauma grave per determinarla. Il caso che io intendo di rendere di pubblica ragione e che ho avuto occasione di osservare nella mia condotta, è quanto mai istruttivo ed interessante, sia per il modo con cui fu provocato, che per il felice esito della cura, puramente medica, eseguita in sito, e con *restitutio perfecta ad integrum*.

M. Palmiro, di anni 44 possidente di Barco (Comune di Bibbiano, Prov. di Reggio Emilia)

Precedenti ereditari. — Il padre fu certamente un luetico; la madre morì di malattia non precisabile. Null'altro di notevole.

Precedenti personali. — Nato a termine ebbe allattamento materno. Crebbe abbastanza sano; non ebbe malattie degne di nota all'infuori di una cheratite parenchimatosa, che nella Clinica Oculistica di Parma fu considerata di origine luetica. Due anni fa soffrì di poliartrite reumatica. È stato discreto bevitore e fumatore.

Anamnesi prossima. — La sera del 24 luglio 1923, mentre suonava uno strumento a fiato (cornetta) in una festa da ballo, improvvisamente cadde privo di sensi, ebbe poco dopo vomito di sostanze alimentari copiosamente ingerite poco prima. Fu condotto a casa ed io potei osservarlo in profondo coma. Praticate le immediate cure energiche del caso (iniezioni eccitanti, clistere evacuativo, ecc.), attesi il giorno successivo, ma inutilmente, che riprendesse almeno i sensi. Potei allora tracciare il seguente *status*:

Uomo di costituzione scheletrica regolare, piuttosto pingue, con masse muscolari non molto sviluppate. Lieve cianosi dei pomelli. Decubito supino. *Polso* piccolo, ritmico, teso, variabile, tra 70 e 75 pulsazioni al m'. *Respiro* piuttosto profondo variabile tra 24 e 18 atti al m' con qualche pausa. *Temperatura* oscillante tra 37,5-38.

Capo. — Il paziente è in preda ad un assopimento che non è un vero e proprio coma perchè se è chiamato accenna a rispondere pur non essendo in grado di formulare nè concetti, nè parole. Dopo aver risposto con un po' di voce ritorna ad assopirsi, nel quale atteggiamento resta se non si sollecita anche per prendere cibo e per eseguire i bisogni corporali. In questo caso è anche capace di alzarsi dal letto, restare in piedi, mingere lentamente e defecare. Ma tutto ciò senza rendersi completamente ragione di quello che fa; rimesso in letto si riassopisce, tenendo anche il decubito nel quale è stato posto. Non si lamenta spontaneamente di cefalea, ma a mia domanda accenna a dolenzia alla fronte. Esiste un certo grado di contrattura della nuca. Il *cranio* è regolare; il cuoio capelluto, con leggeri segni di calvizie, non presenta alcuna lesione di continuo. La *faccia* non è asimmetrica perchè il facciale è paretico, ma solo nei movimenti volontari di digrignamento, nel soffiare, nel parlare. *Occhi*. Nessuna lesione si apprezza a carico dei muscoli estrinseci. Per la cheratite sofferta bilateralmente non è possibile ricercare bene il riflesso pupillare. Non si è potuto eseguire un esame del fondo dell'occhio. Nulla a carico degli altri sensi specifici. La *lingua*, saburrale è sporta normalmente e mobile in ogni direzione. Nulla agli organi del collo, del torace e dell'addome.

Riflessi addominali: assente a destra, presente a sinistra. *Riflesso cremasterico* abolito a destra. *Sfinteri* paretici nel senso che il paziente invitato può mingere ma stentatamente; per la defecazione occorre ricorrere al clistere.

Arti superiori. — Il sinistro è normale, il destro è paretico; la forza è diminuita, i movimenti attivi sono limitati; riflessi attenuati.

Arti superiori. — A sinistra nulla; a destra paresi più accentuata del braccio corrispondente; con grande fatica il paziente incitato striscia e piega l'arto sul piano del letto ma è incapace ad elevarlo. Riflesso patellare un po' accentuato; clono del piede presente ma non vivace. Babinski presente. Lasègue spiccatissimo bilateralmente. La stazione eretta è possibile, purchè sostenuto. La deambulazione è impossibile perchè il paziente tende a cadere verso destra. Kernig accentuato.

Puntura lombare: eseguita la sera del 26 luglio, lascia fuoruscire circa 40 cm³ di liquido, con pressione aumentata, fortemente emorragico. Lasciato a sè sedimenta e il liquido soprastante è fortemente pigmentato. L'albumina è circa il 0,60 ‰. Nel sedimento si notano parecchie emazie alterate e scolorate.

Esame delle urine. — Quantità scarsa e molto ricca di urati che depositano spontaneamente. Dei componenti anormali presente in proporzioni di circa l'1 ‰ l'albumina e l'urobilina, assente lo zucchero. Nel sedimento non si riscontrano elementi patologici.

Reazione di Wassermann nel sangue e nel liquido cefalo rachidiano: negativa.

Diagnosi formulata: *Emorragia meningea.*

Decorso. — Dopo 24 ore dalla prima puntura lombare il paziente parve sollevarsi un po' dal torpore nel quale era caduto; niente di più si ottenne del resto. Ripetuta la puntura lombare il primo agosto, ed estratti altri 40 cmc. di liquido cefalo-rachidiano questo esce ancora con forza; è manifestamente laccato, scuro; si notano nel sedimento abbondanti ombre di eritrociti ed emazie deformate. Dopo questa seconda puntura il miglioramento si fa più manifesto; il paziente riconosce i parenti e gli amici, parla, chiede quanto gli occorre, però si è fatto più irrequieto, vorrebbe alzarsi, mangiare; il braccio è ben mosso, ed anche la motilità della gamba ha fatto progressi.

Il giorno 6 agosto tolgo altri 30 cm³, il liquido è colorito ma limpido; nel sedimento si notano parecchi linfociti medi e piccoli. Il paziente migliora sempre. La quarta puntura è fatta il 12 agosto; il liquido è sempre lievemente colorato, ma limpidissimo; il sedimento ottenuto per centrifugazione dà un reperto di numerosi linfociti.

Dopo altre due punture lombari il liquido è limpido e il paziente molto migliorato è in grado di alzarsi. La deambulazione si fa bene, la motilità degli arti è normale, non si ha alcun segno di alterazione delle vie piramidali a destra. La coscienza è integra, certamente molto più torpida di quel che non fosse prima della malattia; chi lo conosce avverte una profonda modificazione del carattere, ha perduta la memoria per gli avvenimenti anche recenti. Però questi fenomeni a poco a poco scompaiono, tanto che dopo due mesi dall'ultima puntura lombare egli ha potuto riprendere le sue normali occupazioni.

Il caso è interessante ed ho creduto di pubblicarlo, anche consigliato dal prof. A. Furno che ebbe a vedere il paziente in consulto e più volte, perchè esso si presta a varie considerazioni d'indole pratica.

Chi avesse veduto a tutta prima il malato avrebbe fatto diagnosi di emorragia cerebrale. Non mancò l'ictus apoplettico, la perdita di coscienza duratura, il disturbo della motilità lateralizzato, la paresi degli sfinteri. Eppure per la presenza di alcuni segni di irritazione meningea quali la contrattura della nuca, il Kernig, il segno di Lasègue bilateralmente, indussero ad essere più ottimisti nella diagnosi ipotetica e ad eseguire una puntura lombare la quale dette esito ad un liquido prettamente emorragico. Ma la preoccupazione di una emorragia cerebrale non poteva essere tolta con questo semplice rilievo; esso acquistava un grande valore sottoposto ad un ragionamento clinico differenziale. Che nell'emorragia si possa ottenere un liquido cefalo-rachidiano emorragico è pacifico: ma allora l'emorragia è ventricolare o è parenchimatosa e deve essere molto grande per mescolarsi col liquido cefalo-rachidiano attraverso le vie linfatiche. In ambedue i casi, come ben s'intende, la sintomatologia clinica è imponente, infinitamente superiore a quella offerta dal nostro ammalato. Non è il caso qui discutere se il liquido cefalo-rachidiano era emorragico per disavventura di tecnica; la prova dei tre tubi che fu fatta nella prima estrazione dileguò ogni sospetto che il sangue del liquido provenisse da lesione di una venuzza del plesso intrarachideo. Il decorso confermò pienamente la diagnosi fatta e la guarigione coronò il nostro ottimismo. Ma non è solo la diagnosi che in questo momento ci può interessare: da quando è stata possibile la puntura lombare le emorragie meningee hanno perso il carattere di alterazioni rare, specialmente in seguito ai traumatismi possiamo dire che sono assai più frequenti di quello che prima non si credesse

Furno in un lavoro su questo argomento ha messo in evidenza la facilità di tali reperti clinici, ed ha dimostrato con una interessante statistica, tutta l'importanza della puntura lombare per la loro diagnosi e cura.

Il caso nostro è degno di nota, perchè seguì ad un traumatismo tutto particolare e che può offrire aspetti peculiari anche d'indole medico legale. Le emorragie intracraniche sottodurali offrono spesso materia di controversia al perito che è chiamato per lo più a dirimere se esse siano spontanee o provocate. Quando si tratta di casi mortali, in cui è possibile l'indagine necroscopica, la soluzione può essere più facile in quanto è dato frequentemente rintracciare lesioni di continuo o sul cuoio capelluto o nella teca ossea che svelano il meccanismo della lacerazione vasale sia indiretta che per contraccolpo. Ma qualche volta nè sui

tegumenti esterni nè sulle ossa e neppure all'esame diretto si riesce a trovare il vaso leso, onde è necessario procedere per via del tutto induttiva, per arrivare a ricostruire il fatto che può dar luogo ad indennizzi importanti, ad accertamenti di responsabilità civili e penali. Quando il caso non è mortale ed il malato è solo sospetto di emorragia meningea, le indagini si fanno ancora più oscuramente, e si può dire che unici dati sono le notizie anamnestiche, i sintomi di meningismo e sopratutto la puntura lombare. Anche la radiologia nelle lesioni del cranio non dà sempre reperti attendibili, specialmente se le infrazioni ossee sono minime, costituite da una sottile linea di frattura. Per cui è d'uopo procedere in queste ricostruzioni peritali medico-forensi con grande cautela per non danneggiare il paziente e terzi. Vi sono poi casi in cui il momento causale di una accertata emorragia meningea è così particolare che deve esser condotta dal medico perito un'attenta discussione per non farla apparire spontanea quando invece fu provocata da una vera e propria violenza.

Il caso che fu da me osservato si presta appunto a queste considerazioni pratiche di indole medico-legale perchè il fatto morboso si produsse in seguito ad un trauma tutt'altro che comune.

Quando il paziente cadde colpito dall'improvviso malore era ad un ballo, di estate, e suonava la cornetta. A tutta prima sembrò trattarsi della più comune evenienza morbosa, un'emorragia cerebrale ed ho già esposto le considerazioni cliniche che potevano avvalorare questo concetto ed ho detto per quali ragioni fui indotto a pensare che si trattasse di cosa più fortunata, ciò che fu confermato dal l'esito della puntura lombare. Quale fu la condizione determinante della emorragia avvenuta? Possiamo ammettere anzitutto che nel nostro paziente esistesse una particolare fragilità vasale eredo-luetica e alcoolica e di conseguenza un albero circolatorio alterato e vasi cerebrali con pareti vulnerabili, quindi un'ipertensione generale e una facilità alla stasi nelle vene degli involucri meningei. Dobbiamo anche dire che nel reggiano il vinismo, molto diffuso, ha grande tendenza a produrre lesioni vasali e in special modo cerebrali, come si deduce dal numero grandissimo tra i contadini di paralitici e di morti apoplettiche. Non è del resto impossibile che nello stesso M. si fosse stabilita una di quelle forme di pachimeningite vascolosa, così frequenti negli alcoolisti e nei luetici, ciò che spiegherebbe ancor meglio la produzione dell'emorragia sottodurale messa in rilievo dal carattere del liquor. Ma pur ammessa la condizione patologica dei vasi cerebrali del nostro paziente, resta a dimostrare quale fu la causa che produsse l'aumento di pressione fino a vincere la elasticità e la resistenza del vaso sanguigno, perchè se la causa non fu traumatica, ma l'emorragia spontanea, allora il caso sarà interessante per la sua patogenesi, ma non susciterà più un interesse d'indole medico-forense.

Le emorragie meningee spontanee possono aversi in varie contingenze: nota è quella che si ha nella infezione carbonchiosa che può assumere la vera *forma apoplettica dell'infezione carbonchiosa* come ebbe a dirla il Babes, in cui tanto tumultuosa è la fenomenologia ed improvvisa la morte, che non si riesce qualche volta a poter stabilire la diagnosi, e può suscitare gravi sospetti di avvelenamento. Nella letteratura esistono i casi di Rickter, di Kolisko, nei quali la morte sopravvenne improvvisamente senza che i soggetti avessero presentato prima fenomeni morbosi di sorta, e nei quali solo la necroscopia mise in evidenza la presenza di un vasto ematoma di origine carbonchiosa. Si noti come queste emorragie meningee dell'infezione carbonchiosa si abbiano talvolta come unico reperto di questa infezione, che può essere anche sospettata dai dati anamnestici; infatti talora manca la pustola, mancano altri comuni localizzazioni, essendo stata la via d'ingresso del *virus* la mucosa nasale.

Altra infezione capace di determinare emorragie meningee, è la *meningite cerebro-spinale*, diplococcica o meningo-coccica, dovendosi aggiungere che si conoscono nella letteratura casi di tali infezioni svelate proprio da un episodio terminale e letale.

Emorragie meningee spontanee si possono avere nell'alcolismo acuto; nella stasi provocata da trombosi dei seni o da ostacolato deflusso dei vasi del collo per tumori mediastinici (Hoffmann) o per mediastino-pericardite callosa e insufficienza mitralica (Leoncini); si hanno nell'insolazione, nello sforzo (caso di Richter in un giovane di 18 anni colpito da emorragia meningea mentre sollevava pesi in giochi atletici); ed infine si possono determinare anche senza cause identificabili, e nella letteratura sono pubblicati casi da Letulle e Lemierre, Chauffard e Froin, Grillard e Boyé, Achard e Paissau, Braillon, Follet e Cheval, riscontrati in giovani sani e robusti, senza tare ereditarie o personali, senza alcuna causa apprezzabile.

Nel nostro caso le cause sopra menzionate capaci di produrre una emorragia meningea

spontanea non sussistono; in lui, se si vuole dare una spiegazione del grave incidente occorsogli, ci è duopo riferirci allo sforzo particolare eseguito mentre veniva colpito dall'ictus. Egli suonava la cornetta, uno strumento a fiato di piccola imboccatura, in cui è necessario accollare le labbra su di essa e soffiare con forza entro l'esile tubo per produrre le vibrazioni che rendono caratteristici i suoi toni: in tal modo il suonatore resta per un tempo anche lungo in attitudine di espirazione forzata, alla quale partecipano anche i muscoli estrinseci della respirazione ed a glottide chiusa o semichiusa. È facile immaginare la condizione nella quale vengono a trovarsi i vasi del collo soprattutto i venosi e tra questi le giugulari interne che sono la via di deflusso più immediata del circolo venoso cerebrale nel quale perciò si produrrà una stasi e una eventuale lacerazione; questa per lo più si ha o nei vasi coroidei, determinandosi una emorragia ventricolare o nei vasi delle meningi specialmente della volta; in questo ultimo caso il sangue stravasato si raccoglie nelle maglie della pia madre o spazio sottodurale mescolandosi al liquido cefalo-rachidiano, onde con la puntura lombare, può essere messo in evidenza.

L'interesse di questo caso è dato appunto dal meccanismo di produzione dell'emorragia meningea, che deve rientrare in quelle traumatiche da sforzo. Nel M. ciò non dette luogo a nessuna controversia medico-legale d'indole penale o infortunistica, perchè si produsse in circostanze chiare e nette.

Ma se lui invece di essere un suonatore dilettante in una orchestrina di amici, fosse stato un artista ingaggiato per una tournée, come quella per es. del Toscanini che pochi anni fa percorse l'America, egli avrebbe potuto senz'altro denunciare l'*infortunio* perchè come tale doveva essere considerato, trattandosi evidentemente di una emorragia meningea da *sforzo*, che è dalla dottrina e dalla giurisprudenza considerato quale violenza causale e perciò caratteristico dell'infortunio. Perchè lo sforzo possa costituire la causa violenta prevista dall'art. 7 della legge infortuni, occorre rappresenti qualche cosa di straordinario e di esorbitante dalla consueta estrinsecazione della energia individuale. Il caso del suonatore di cornetta o di altro istrumento a fiato è molto importante, perchè io credo che costituisca l'unica modalità d'infortunio possibile in questi lavoratori. Ma ci possono essere altri prestatori di lavoro che per un meccanismo traumatico simile possono andare incontro ad infortuni di questo genere e dar luogo a gravissime controversie medico-legali; per es.: i soffiatori di vetro, fabbricanti di fiaschi, i quali devono compiere espirazioni forzate e prolungate a glottide chiusa ed in condizioni di ambiente tipicamente congestionati per il caldo dei forni e della materia incandescente, come pure i macchinisti, i piloti di automobili, costretti a soffiare in tubo della loro macchina per vincere un ostacolo. In tutti questi lavoratori si ripeteranno le stesse condizioni di sforzo e di stasi cerebrali momentanea che si ebbero nel nostro paziente, e che determinarono l'emorragia meningea, la quale potrà dar luogo ad uno stravaso piccolo e curabile, ma anche provocare la morte immediata. Ora si faccia l'ipotesi di trovare in mezzo ad una strada accanto ad un autocarro o ad una automobile il cadavere di un uomo, il quale non presenti alcuna lesione apparente, e questo disgraziato sia alle dipendenze di una ditta o di un privato; eseguita la necroscopia il perito constata una emorragia meningea vasta, forse attorno al ponte e al bulbo e perciò capace di determinare la morte immediata, ecco che si presentano al giudice e al medico i quesiti se questa morte fu violenta per dolo, o per infortunio. La nozione di queste emorragie da sforzo per soffiamento, potrà enormemente svelare il mistero. E più importante ancora sarà il caso, se, invece della morte nel suddetto chauffeur, si avverasse ciò che non infrequentemente si avvera nelle emorragie meningee, nelle quali talora intercorre un *tempo libero* anche assai lungo, dal momento in cui essa si produce a quello in cui si svela o con la morte improvvisa o con una fenomenologia imponentissima. Quello che accade nell'emorragia da trauma sul cranio, si può certo avere anche nello sforzo da soffiamento; onde un operaio, soffiatore di vetro, suonatore di uno strumento a fiato, chauffeur o macchinista, può in un momento del suo lavoro avvertire appena un po' di malessere che presto si dilegua e manifestare a distanza di tempo i segni anche letali di una emorragia meningea sofferta. Chi conosca la clinica e la patologia di questa emorragia meningea, non troverà esagerate e impossibili queste ipotesi.

Alcune altre considerazioni d'indole clinica e medico-legale si possono trarre dall'esame del caso che ho riferito.

Dagli esami eseguiti durante la malattia del M. sia delle urine che del liquido cefalo-rachidiano abbiamo avuto ragione di mettere in evidenza: nelle urine una spiccata albuminuria fino all'1 ‰, senza elementi renali; nel liquido cefalo-rachidiano, soprattutto dopo la terza puntura lombare, una spiccata linfocitosi

la quale si mantenne anche nelle punture successive pur facendosi il liquido limpido.

Tali reperti potrebbero indurre sia il clinico che il perito medico-legale in errori di considerazioni non lievi. La presenza dell'albumina nelle urine potrebbe far pensare ad una emorragia meningea in nefritico, e quindi farla dipendere piuttosto dall'ipertensione renale e dalla discrasia uremica che da una violenza causale come lo sforzo, con evidente danno per la liquidazione di una qualunque eventuale responsabilità. Quando invece si saprà che queste albuminurie sono assai comuni nelle emorragie meningee, tanto che Guillain e Vincent e poi Schneider le dettero per costanti e le elevarono a segni di grande valore diagnostico, allora se saranno specialmente albuminurie semplici senza elementi renali nel sedimento, dovranno essere inquadrate nel reperto generale dell'emorragia meningea. Anche Furno in un caso di ematoma sottodurale che diagnosticò e fece operare a distanza di quasi tre mesi dal trauma sofferto, ebbe a trovare molta albumina nelle urine che scomparve poi subito con la guarigione del malato.

Anche la linfocitosi del liquor può dar luogo a serio errore. Sappiamo che tale reperto è caratteristico della meningite tubercolare o sifilitica, per cui in soggetti che insieme ai sintomi di meningismo, si trova un liquido cefalorachidiano linfocitario, specie se esso sia liquido come nel periodo tardivo avviene (dopo un mese dalla data dell'emorragia il liquido può non essere più nemmeno xantocromico — Bonola), il sospetto di una forma infiammatoria specifica degli involucri cerebrali è possibile e anche allora può deviare sia il medico che il perito e considerare meningite quello che non è che la reazione istessa meningea, che si osserva sempre in questi casi, e che può sviluppare tutta una sintomatologia assai interessante, sempre più capace di simulare una meningite, come la febbre, il delirio, il torpore, fatti tutti dovuti a quella che il Duret chiama «*intossicazione ematica*» del liquido cefalo-rachidiano per il riversarsi in esso dei prodotti tossici della decomposizione sanguigna. Riportandoci ai casi ipotetici fatti prima, quanti errori di diagnosi e di valutazioni medico-legali non possono generare queste emorragie meningee se esse non sono ben conosciute da tutti i punti di vista, che vanno dal meccanismo di produzione, alle manifestazioni cliniche? Perciò ho voluto pubblicare anche il caso che si offrì alla mia osservazione perchè è un esemplare tipico di questa eventualità morbosa, che poteva dare origine a tutti i quesiti di cui abbiamo fatto parola.

Alla fine di questo lavoro, sento il dovere di ringraziare il prof. A. Furno, che mi fu consulente prezioso durante la malattia del M. e mi fu largo di aiuto in questo studio, consigliandomi di rendere il caso di pubblica ragione.

BIBLIOGRAFIA.

DURET. *Traumatismes cranio-cérébraux*, tome I-II, Paris, Félix Alcan, 1919-20.

FURNO. Rivista critica di Clinica Medica, 1920; Giornale di Medicina Ferroviaria, 1921, n. 6, Anno I.

LEONCINI e CAZZANIGA. *Contributo alla conoscenza e alla valutazione medico-legale delle emorragie intracraniche sottodurali*. Cesalpino, Anno XI, 1915.

MARTIN et RIBIERRE. *Les Hémmorragies cérébrales traumatiques*. Ann. d'Hyg. pubbl. et de méd. légale, Sett. 1912.

MURET. *Epanchement dans les fractures de la base du crâne*. Thèse de Paris, 1909.

Meningite acuta sifilitica.
Eredosifilide tardiva della seconda generazione.

Dott. ANTONIO GUERRICCHIO, Matera.

Andr. Michele, di anni 16, bracciante, da Matera (Potenza). Il padre morì in giovane età per pneumonite; la madre è vivente, non ha avuto aborti ed è da circa sette anni immobilizzata da una forma di poliartrite cronica deformante sulla quale dovremo tornare nel corso di questa esposizione. Un fratello morto durante l'allattamento in un accesso convulsivo; un altro, di minore età, vivente e sano.

Nell'anamnesi personale non v'è di notevole che una febbre «intestinale» durata qualche mese all'età di sei anni, ed un attacco di influenza nella pandemia del 1918 con complicazioni bronco-polmonari alle quali residuò tosse secca tuttora persistente.

Il giorno 3 gennaio 1923 fu improvvisamente colpito, senza causa apprezzabile, da forte brivido e febbre elevata, a cui seguì nella notte intensa cefalea prevalentemente frontale e vomito di materiali alimentari. Nei giorni successivi la cefalalgia divenne violentissima ed il vomito continuò senza tregua, non permettendo l'ingestione di liquidi di sorta; nonostante ripetuti clisteri l'alvo si mantenne chiuso e verso il sesto giorno apparve manifesta rigidità della nuca. Il sanitario che lo aveva in cura predisse allora senza riserve l'esito letale a breve scadenza e ritenne inutile visitare ulteriormente l'infermo, che io vidi la prima volta il giorno 16 dello stesso mese di gennaio.

E. O. — Il quadro della meningite acuta è netto e completo: posizione a cane di fucile, iperestensione del capo, fortissima rigidità dei muscoli della nuca e del dorso, addome retratto; iperestesia cutanea diffusa, spiccato dermografismo rosso, leggermente midriatiche e torpide alle diverse reazioni le pupille, paresi dell'abducente di sinistra, esagerazione dei riflessi con accenno di Babinski a sinistra, Kernig, vomito infrenabile, alvo chiuso, temperatura ad irregolari oscillazioni (38°-39°.5), bra-

dicardia relativa (75-80 p.) con polso piccolo e lievemente dicroto, polipnea (30-35 r.).

Un piccolo nodulo ghiandolare si palpa all'epitroclea di destra e pochi altri alle comuni stazioni linfatiche; lieve ipofonesi all'apice polmonare di sinistra con marcata asprezza di respiro e fini crepitazioni pleuriche; soffio dolce sistolico sulla punta del cuore; milza appena debordante dall'arcata costale; fegato nei limiti.

L'infermo, di una magrezza scheletrica, è in delirio quasi continuo; di quando in quando porta le mani alla fronte ed emette acutissimi urli.

Nelle urine, scarsissime e di alto peso specifico, traccie di albumina e di corpi acetonici; negativo l'esame microscopico. Nel sangue lieve anemia secondaria con leucopenia (7000 g. b.), mononucleosi, eosinofilia (5 %); assenza di forme parassitarie. Cutireaz. di Pirquet (tubercolina Berna) intensamente positiva.

Il giorno 30 gennaio si pratica la puntura lombare e si estraggono 20 cc. di liquido incolore e limpidissimo che fuoriesce con aumentata pressione, a gocce molto ravvicinate, e nel quale, dopo circa 15 ore, si forma un esilissimo reticolo. All'esame microscopico 150 cellule per mmc. di cui il 90 % è costituito da linfociti, il 7 % da grandi mononucleati, il 3 % da polinucleati. Negativa la ricerca di forme batteriche. Cospicuo aumento delle albumine e delle globuline: Boveri positiva in 30"; Nonne-Apelt, Pandy, Weichbrodt nettamente positive. Assenza di glucosio.

La rachicentesi provoca notevole attenuazione della cefalea e del vomito e diventa quindi possibile qualche tentativo di alimentazione.

Previa somministrazione di un gr. di ioduro potassico si riesce ad ottenere scarsa quantità di espettorato muco-purulento, nel quale non si rinvengono bacilli di Koch.

L'anamnesi, il decorso, la sintomatologia, i caratteri del liquor ed alcuni dati degli esami di laboratorio indirizzavano verso la diagnosi di meningite tubercolare e perciò credemmo opportuno associare alla somministrazione di urotropina per os ed all'applicazione di rivulsivi alla nuca e lungo la colonna, le frizioni di unguento cinereo, secondo quello che, per principî diversi, la più antica e la più recente pratica terapeutica consigliano in questa gravissima contingenza morbosa.

Sembrò, infatti, che le nostre presunzioni diagnostiche ricevessero ulteriore conferma dal reperto di due forme a bastoncino acido-resistenti, in vero non molto caratteristiche, che riscontrammo in uno dei numerosi preparati allestiti col reticolo che si formò nel liquor di una seconda puntura, praticata il 10 febbraio; reperto che rimase però isolato, poichè non ci fu possibile mettere in evidenza alcunchè di simile nel liquor ottenuto da una terza puntura che eseguimmo il 28 dello stesso mese, e nel quale, tranne un notevole aumento del numero dei linfociti, osservammo gli stessi caratteri macro- e microscopici or ora descritti.

L'infermo si mantenne in condizioni quasi stazionarie fino alla fine del mese di febbraio; ma verso i primi del mese successivo cominciò a delinearsi un lieve, costante e progressivo miglioramento, così che verso gli ultimi giorni di marzo si era verificata diminuzione fino a scomparsa quasi totale della rigidità della nuca, rarefazione dei vomiti, cefalea a parossismi non molto frequenti, discesa della curva termica (37°.2-38°), rare scariche alvine spontanee, possibilità di discreta alimentazione. Se non che la sintomatologia tornò ad aggravarsi nettamente in pochi giorni, quando, verso la metà del mese di aprile, furon sospese le frizioni mercuriali per intensa stomatite sopraggiunta: fatto di cui non ci sfuggì il possibile decisivo significato nei riguardi della etiologia del quadro morboso, e che ci indusse ad un riesame profondo e completo del capo, più di quanto non avessimo fino allora compiuto, avendo ormai adottata l'ipotesi tubercolare come quella che ci sembrava la più attendibile per la migliore interpretazione della sindrome.

Potemmo così, risalendo con prudente indagine nell'anamnesi familiare, scoprire alle origini la labe ereditaria.

La madre, che conta attualmente 37 anni, ci riferì che all'età di 16 anni cominciò a soffrire di accessi dolorifici prevalentemente notturni agli arti inferiori, con tumefazione del ginocchio destro ed eruzione di noduli dolorosi alle gambe. Maritata a 19 anni, durante la prima gravidanza e dopo il parto i dolori si accentuarono diffondendosi alle articolazioni delle braccia; si produssero alle gambe ulcerazioni di difficilissima guarigione, e cominciò a manifestarsi una certa difficoltà nei movimenti dei ginocchi, entrambi notevolmente tumefatti. Negli anni successivi, con periodi di tregua più o meno lunghi, ella andò progressivamente perdendo quasi del tutto l'uso delle articolazioni degli arti inferiori, dei gomiti, delle spalle, ed in ultimo di quelle dei polsi e delle dita. Da quasi sette anni non può più compiere se non minimi e stentati movimenti. Attualmente presenta gli arti inferiori in permanente semiflessione per anchilosi dei ginocchi con ingrossamento delle epifisi femorali e tibiali; limitati movimenti delle articolazioni coxo-femorali; rigidità completa dei gomiti in flessione; scarsa mobilità delle articolazioni scapolo-omerali; anchilosi delle articolazioni del carpo e delle dita delle mani, le quali sono flesse e deviate insieme verso il lato cubitale (*«en coup de vent»*). Cicatrici multiple, acromiche al centro, ipercromiche alla periferia, aderenti ai piani ossei e muscolari sottostanti, si osservano alle faccie antero-laterali delle gambe, ove sono dolenti alla pressione le tibie ed alcuni noduli duri che si palpano nello spessore della cute notevolmente arrossata. Numerosi e piccoli gangli alle regioni epitrocleari, latero-cervicali ed inguinali; notevole asimmetria facciale, grande irregolarità di impianto dei denti con incisura di Hutchinson agli incisivi mediani superiori, lieve sordità bilaterale dall'infanzia.

Ci raccontò che sua madre, morta all'età di 60 anni in uno dei violenti accessi di dolore al petto (angina pectoris?) che da qualche tempo la colpivano, ebbe ripetutamente a confessarle che, lasciata dal marito otto giorni dopo le nozze per un periodo di 40 giorni di servizio militare, fu al suo ritorno contagiata di una malattia dei genitali, con tumefazione delle ghian-

dole inguinali che richiese per ambo i lati l'opera del chirurgo. La sua prima gravidanza fu interrotta a sette mesi dal parto di un feto macerato, dalla seconda nacque un bambino che visse poche ore, dalla terza l'inferma, dalla quarta una sorella emigrata nelle Americhe e che pare stia bene. Il marito morì giovane per pneumonite.

Nel nostro paziente non mancano, del resto, piccole stigmate somatiche di eredo-lue, specialmente a carico dei denti: fronte olimpica, naso schiacciato alla radice, incisivi superiori molto più piccoli del normale e rugosi nelle loro faccie anteriori, tubercolo di Carabelli ai primi molari superiori, irregolarità di impianto di tutti i denti.

Nessun carattere di un qualche significato si rileva, invece, all'esame del fratello minore.

La Wassermann, praticata dal prof. Ninni di Napoli, risulta fortemente positiva (+ + +) nel siero del sangue della madre e dei due fratelli.

La famiglia non permette altre punture lombari. Si riprendono le frizioni mercuriali, associandovi iniezioni endomuscolari arsenobenzoliche, e l'infermo si avvia decisamente verso la guarigione, lasciando il letto alla fine del mese di giugno.

Rivisto spesso, dopo sette mesi perdurano ottime le condizioni generali che gli consentono ogni più faticoso lavoro.

Si tratta, dunque, di un caso di meningite pseudo-tubercolare, insorta acutamente come manifestazione tardiva di sifilide ereditata dai nonni, per via materna.

L'esistenza della sifilide ereditaria della seconda ed anche della terza generazione sembra ormai ammessa dalla grande maggioranza degli autori, dopo che, specialmente per opera di Ed. Fournier, numerose osservazioni furono pubblicate, esattamente studiate e controllate.

L'eredità luetica può esser trasmessa ai più lontani discendenti da entrambi i genitori, sebbene il Brunisgard sostenga che questo avvenga soltanto pel tramite materno; si manifesta nella seconda generazione con lesioni prevalentemente distrofiche, con malformazioni e con deficienze o deviazioni funzionali dei più diversi sistemi organici, le quali rappresentano il risultato di alterazioni indotte nello sviluppo e nella morfogenesi dell'organismo dall'azione di tossine specifiche. Si tratterebbe, insomma, di *stati sifilitossici* (Martelli) che non modificano sempre la composizione degli umori (Wassermann spesso negativa) e che non impedirebbero neanche la possibilità di nuovi contagi.

La tossiemia ereditaria specifica non è però sufficiente a spiegare l'insorgere nei nipoti di manifestazioni acute, le quali possono esser prodotte soltanto dall'attività di germi virulenti, in esse spesso riscontrabili, ed è quindi necessario ammettere che talvolta si verifichi anche la trasmissione di treponemi attivi dall'avo al nipote. Tale trasmissione, attraverso due e tre generazioni, non ha riscontro nella patologia umana e non è certamente facile ad intendere, onde il Tarnowsky potè sostenere che sintomi virulenti si verificano nella seconda generazione soltanto nel caso che il genitore eredo-sifilitico aggiunga alla infezione ereditaria una infezione nuova (*sifilide binaria*).

Il Fournier, tornando anche recentemente sull'argomento, riassume il risultato delle sue osservazioni affermando che se il più spesso, nei quattro quinti dei casi, la sifilide ereditaria della seconda generazione si rivela con stigmate distrofiche, più raramente, in una proporzione che si può calcolare del 14 % dei casi, si manifesta con lesioni attive.

Il Martelli, nel suo recentissimo volume, pur riconoscendo che i dati della propria esperienza lo spingerebbero a non ammettere questa forma virulenta di trasmissione ereditaria, si mostra riservato quanto ad un giudizio esplicito sulla questione, la quale non può dirsi peranche chiusa.

***

Già da quanto precede scaturisce l'importanza particolare del caso descritto. Che l'ava sia stata contagiata di lue dal marito risulta, in modo che mi sembra incontestabile, dalla storia, come non può revocarsi in dubbio che la madre dell'infermo abbia ereditata la stessa infezione. Lo prova, insieme con le stigmate facciali e dentarie, quella forma di artropatia che, iniziatasi in giovanissima età, tre anni prima del matrimonio, è andata progressivamente aggravandosi, con eruzioni di eritema nodoso ed ulcerazioni alle gambe, presentando tutti i caratteri che valgono a farla nettamente differenziare dal reumatismo cronico deformante (insorgenza in giovane età, inizio dalle grandi articolazioni, assenza di eredità similare: Fournier).

Non abbiamo invece elementi altrettanto sicuri per escludere in modo assoluto che possa essersi verificato in lei un nuovo contagio, secondo il concetto di Tarnowsky; ma è necessario tuttavia tener presente che il marito era un contadino sanissimo, come lei di primitivi costumi e, quel che più monta, che non ebbe mai ad allontanarsi dal luogo nativo.

Il nostro infermo fu poi certamente generato in uno dei periodi di maggiore attività delle manifestazioni ossee ed articolari materne, e poichè non v'ha, a mio credere, possibilità di discussione sulla natura luetica della grave forma di meningite sofferta, rapidamente e sicuramente guarita dalla terapia specifica, è le-

cito ritenere che l'infezione sia stata trasmessa dall'avo, e che sia esplosa tardivamente nel nipote con sintomi virulenti a carico delle meningi.

La costanza del risentimento meningeo, anche senza sintomi clinici, fin dalle prime settimane della sifilide acquisita, è un fatto oggidì messo bene in evidenza dopo il grande sviluppo raggiunto dall'esame del liquido cefalo-rachidiano; ed ormai non sono scarse le osservazioni di sindromi meningitiche, ad insorgenza ed a decorso acuto, in tutti i periodi dell'infezione: specialmente frequenti nel periodo secondario più o meno precoce, meno frequenti nel periodo primario in cui possono verificarsi anche a pochi giorni dalla lesione iniziale, rare nel periodo terziario.

Negli eredo-luetici la manifestazione meningitica assume spesso i caratteri e l'andamento della forma tubercolare, specialmente in soggetti giovani, e deve esser così spiegata l'efficacia del mercurio che da antico tempo si raccomanda nella meningite tubercolare insieme con la rivulsione più o meno aggressiva sul capo e lungo il rachide. La meningite eredo-sifilitica, abbastanza rara secondo i dati di alcuni autori, sarebbe invece di osservazione corrente, secondo le affermazioni del Fournier, il quale crede, per altro, che vi sia un certo numero di casi in cui si tratta di meningiti banali, senza lesioni anatomiche specifiche, non suscettibili di miglioramento o di guarigione dalla cura antiluetica. Nella eredo-lue della seconda generazione si può dire che questa localizzazione sia evenienza non molto frequente, almeno secondo i risultati delle mie ricerche bibliografiche, per certo non complete.

***

Chiunque conosca le infinite difficoltà della pratica, anche illuminata dalle moderne ed indispensabili ricerche di laboratorio e sorretta dallo studio assiduo degli infermi, non trarrà forse motivo di meraviglia dal modo e dal ritardo col quale la giusta diagnosi etiologica fu fatta nel nostro caso.

D'altronde, è noto che nè la clinica nè il laboratorio possono dare segni di valore assoluto per la diagnosi differenziale fra meningite tubercolare ed alcune forme di meningite luetica. Vano essendo ogni criterio desunto dalla sintomatologia clinica, i caratteri del liquor non sono neanche sufficienti a toglierci sempre da ogni incertezza. Nessuna delle numerose reazioni, di cui è andato in questi ultimi tempi arricchendosi l'esame del liquido cefalo-rachidiano, ha significato univoco: la stessa reazione del mastice, a cui si tende ad attribuire il maggior valore nelle questioni diagnostiche della neurosifilide, secondo gli ultimi studi della scuola neuropatologica di Roma, è positiva anche nella sclerosi a placche, nell'encefalite epidemica, in casi di arteriosclerosi, di tumori, di ascessi cerebrali (Pisani). Esistono, inoltre, nella letteratura casi di meningiti certamente sifilitiche con Wassermann negativa nel sangue e nel liquor, e, al contrario, Lereboullet parla di individui affetti da meningite tubercolare con Wassermann positiva nel liquido cefalo-rachidiano, in cui il trattamento specifico non ha modificato l'evoluzione della malattia. In altri casi il problema diagnostico non fu risolto neanche dalla prova biologica, poichè il reperto di forme acido-resistenti nel liquor non ebbe conferma dall'innesto dei germi nel peritoneo delle cavie. (Wissawy e Tervis).

Recentemente anche il Boisserie-Lacroix, a proposito di due casi di meningite giovanile, guariti dal mercurio, con Wassermann negativa nel sangue e nel liquor, e con liquor innocuo per le cavie, conferma la inutilità in questi casi di ogni reazione di laboratorio.

Le difficoltà diagnostiche si aggravano e conducono facilmente ad errori quando, come nel nostro infermo è appunto accaduto, il quadro meningitico scoppia in un soggetto che presenta in altri organi chiari segni di lesioni tubercolari in atto.

Poichè sifilide e tubercolosi possono dunque coesistere, in concomitanza e fors'anche talvolta in vero ibridismo di lesioni, è da concludere che un tentativo di cura antiluetica, mercuriale ed eventualmente arsenobenzolica, sia doveroso ogni qual volta, escluse per i caratteri del liquido cefalo-rachidiano le altre forme di meningite, vi siano anche le più fondate ragioni per ammettere l'etiologia tubercolare di una manifestazione meningitica acuta.

Matera, gennaio 1924.

BIBLIOGRAFIA CONSULTATA.

BALZER. *Malattie veneree e sifilitiche*. Trattato di medicina e terapia di Gilbert-Thoinot, volume VII, 1914.

BARTHELEMY. *Le meningiti nella sifilide acquisita ed ereditaria*. Gazete des Hôp., 1920.

BOISSERIE-LACROIX. *Meningite sifilitica acuta giovanile*. Gaz. Hebdom. des sciences méd., 1923 rec. in Policlinico, Sezione Pratica, n. 1, 1924.

BRUNISGARD. *Sifilide congenita della seconda generazione*. Acta Dermat., vol. I, 1920.

EAST. *Trasmissione della sifilide alla II^a generazione*. The Lancet, 1923, n. 5186.

FOURNIER ED. *Sifilide ereditaria della seconda generazione*. Trattato di pat. e terapia di Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix, volume XX, Maloine, Paris, 1921.

GOUGEROT. *Il trattamento della sifilide nella pratica privata*. Maloine, Paris, 1921.

HUTINEL et MERKLEN. *Meningite tubercolare e sifilide ereditaria.* Arch. de méd. des enfants, n. 9, 1921.
HUTINEL-ROGER-VOISIN. *Meningiti acute sifilitiche.* Trattato di med. e terapia di Gilbert-Thoinot, vol. XXXV, 1914.
JANSELME. *Un caso di sifilide della seconda generazione.* Soc. de dermat. et syph. 10 marzo 1921.
LEREBOULLET. *Rapporti fra eredo-sifilide e tubercolosi.* Riforma Medica, n. 2, 1924.
MARTELLI. *La sifilide ignorata e strana.* Idelson. Napoli, 1923.
MARTINET. *Terapia clinica.* Masson, Paris, 1923.
MASCI. *Meningite acuta sifilitica nel periodo secondario precoce.* Il Policlinico, Sez. Prat., pag. 1322, 1923.
MILIAN et SOLLES. *Eredo-sifilide della seconda generazione.* Presse médicale, pag. 219, 1922.
MINGAZZINI. *La reazione del mastice nel liquor.* R. Accademia medica di Roma. 30 aprile 1922. Policlinico, Sez. Prat., pag. 954, 1922.
POLLERI. *Sopra un caso di meningite acuta sifilitica in periodo terziario.* Il Policlinico, Sezione Pratica, pag. 1318, 1923.
PISANI. *Nuova teoria sulle reazioni colloidali.* R. Accademia medica di Roma. 24 giugno 1923. Policlinico, Sezione Prat., pag. 1332, 1923.
SAMAIA. *Meningite acuta in adulti tubercolosi.* Rassegna di studi psichiatrici. 5 giugno 1921.
WIDAL et LE BOURD. *Meningiti acute finite per guarigione.* Sémaine méd., pag. 69. 1922.

NOTE E CONTRIBUTI.

Contributo alla vaccinoterapia nel tifo

per il prof. dott. DOMENICO CLEMENTE
dell'Ospedale di Oliveto Citra (Salerno).

L'uso dei vaccini (stock ed auto-vaccini) nelle infezioni tifose merita di diffondersi ancora di più tra i medici pratici per la sua innocuità e per i vantaggi che apporta agli infermi. Credo perciò opportuno, anche a solo scopo statistico, riferire molto brevemente i risultati ottenuti colla vaccinoterapia in una serie di casi osservati in una recente epidemia.

Gli ammalati colpiti da ileotifo nei primi mesi del corrente anno in questo Comune raggiungono la cifra di 28: di essi 10 sono stati curati seguendo le comuni norme di terapia e d'igiene, 17 sono stati trattati con iniezioni di vaccino antitifico ed infine 1 con iniezioni di siero antitifico. Ho adoperato il vaccino dell'Istituto diretto dal prof. Ivo Bandi di Napoli, ad eccezione d'un solo caso, in cui ho usato, per gentile concessione dell'Istituto, quello preparato dalla R. Clinica Pediatrica di Napoli. In quanto al siero antitifico, ho usato quello dell'Istituto Sieroterapico Milanese.

Gli ammalati curati col vaccino e col siero antitifico sono tutti guariti dopo un periodo più o meno lungo della malattia; nella serie invece dei 10 infermi, non curati col vaccino o col siero, vi è stato un caso con esito infausto, per complicanza di gravi, ripetute emorragie intestinali ed ascessi piemici.

Riassumo le osservazioni che ho fatto durante il trattamento col vaccino.

1. Il vaccino antitifico (tanto quello preparato dal Bandi, quanto l'altro della R. Clinica Pediatrica di Napoli) si è dimostrato del tutto innocuo. Esso è stato adoperato ad intervalli regolari di 5 giorni per iniezioni intramuscolari, sempre nel 1° settenario della malattia, per lo più nel 3°-4° giorno, a diagnosi confermata. Nei bambini ho cominciato la cura con 1/2 dose del n. 1 (30 milioni di germi per cmc); negli adulti, con l'intera dose n. 1. In un bambino di 13 mesi iniziai la vaccinoterapia (vaccino della Clinica Pediatrica) con 1/2 cmc. senza inconvenienti.

2. All'iniezione del vaccino segue costantemente, com'è noto, una reazione generale e locale, che è più intensa d'ordinario dopo le prime due iniezioni (n. 1 e n. 2 del vaccino Bandi). La reazione locale (dolorabilità ed iperemia della regione) dura poche ore. La reazione generale si manifesta con elevazione della temperatura, che raggiunge e spesso oltrepassa 40° cent. Tale *reazione termica* ha maggiore durata, potendo persistere per 24 ed anche 48 ore con temperature elevate (39°-40°). Oltre l'elevazione termica, non si osservano altri sintomi nuovi abnormi. Alla reazione segue costantemente ed in ispecie dopo la 2ª iniezione di vaccino, un notevole miglioramento tanto nel decorso della curva febbrile, quanto nelle condizioni generali. Di fatti la temperatura non raggiunge più come altezza massima e minima nelle 24 ore quella che nelle ore corrispondenti aveva prima delle iniezioni e tende ad assumere fin dal 1° e dal 2° settenario il carattere decisamente remittente a grandi oscillazioni del periodo anfibolo, con grande vantaggio dell'infermo, che specialmente nelle ore mattutine, in cui la temperatura è più bassa, si sente meglio, è più sveglio e si alimenta con minore riluttanza. È frequente infatti osservare nei casi lievi o di media intensità una graduale, progressiva diminuzione della curva termica, che infine termina colla completa apiressia e coll'inizio della convalescenza dell'infermo. Così si è verificato in alcuni ammalati, in cui il periodo febbrile è durato soltanto 2-3 settimane. Insieme col progressivo cedere della febbre, vanno attenuandosi pure gli altri sintomi morbosi. Nei casi di gravità maggiore occorre persistere colle iniezioni di vaccino fino alla 4ª e alla 5ª dose, e si

è sicuri di averne sempre giovamento, pur durando il periodo febbrile 4-5 settimane.

3. Nella serie degli infermi non curati col vaccino, la curva febbrile è stata sempre più elevata ed ha mantenuto il suo carattere tipico; inoltre tutta la malattia in genere con i suoi sintomi svariati e le sue complicanze, ha avuto un decorso più grave e più movimentato.

4. *Conclusione*. La terapia del tifo con i vaccini (e mi riferisco qui agli etero o stock-vaccini del commercio, che ho sperimentati, non avendo potuto per mancanza di mezzi adatti preparare dei vaccini autogeni) merita di essere adottata sempre dai medici pratici, perchè è innocua e rende più mite il decorso della malattia, eccitando le naturali difese umorali dell'organismo.

SUNTI E RASSEGNE.

RADIOLOGIA.

La radioterapia profonda: importanza dell'unione delle basi fisiche e delle conoscenze cliniche per il successo della cura.

(CH. BUTLER. *Annales de la facultad de medicina*, Montevideo, dicembre 1923).

Secondo l'A. è dalla collaborazione intima del radiologo e del clinico che è possibile scegliere la tecnica più adatta per la cura dei malati adattando il metodo al malato allo scopo di ottenere i migliori risultati.

L'A. che è il direttore dell'Istituto radiologico di Montevideo passa brevemente in rassegna i problemi della terapia superficiale e della terapia profonda e cerca con esempi pratici di rendersi ragione dei problemi più interessanti di radioterapia: se in un certo corpo C noi abbiamo una regione limitata su cui influire noi dobbiamo fare assorbire da questa regione una certa quantità di raggi che sia uguale alla sensibilità di questa regione stessa. Ora secondo l'A. possono avvenire tre eventualità: o che la sensibilità A della regione trattata sia più grande della sensibilità del corpo C; o che essa sia uguale o che sia minore. È questo ultimo caso quello che si presenta di attuazione più difficile giacchè noi dobbiamo far pervenire su quella regione una quantità di raggi che non danneggi le parti vicine. Questa stessa eventualità si può riscontrare nella terapia profonda in quanto la regione da irradiare (ovaio, sarcomi) può essere più sensibile del corpo che la racchiude; così come può essere uguale o minore: è quest'ultima eventualità che si riscontra in alcune specie di carcinomi e che offre dal punto di vista tecnico le maggiori difficoltà. I problemi del dosaggio radiologico sono appunto quelli che ci devono permettere di risolvere queste difficoltà e l'A. giustamente prende in esame tre fattori principali i quali ci permettono di inviare nella profondità dei tessuti una quantità sufficiente di raggi tale da raggiungere la sensibilità, ad esempio, del tumore più piccola di quella dei tessuti circumambienti. Le leggi che regolano lo slargamento del fascio roentgen; l'assorbimento dei raggi X e la dispersione dei raggi (radiazioni secondarie) ci danno la possibilità di disciplinare il fascio di raggi e ottenere nella profondità dei tessuti la quantità necessaria sufficiente. Se dunque dal punto di vista fisico il problema viene ad essere semplificato per quanto in modo relativo; la tecnica tuttavia non può essere univoca in quanto non abbiamo un tipo unico di malattia onde la tecnica deve essere adattata al malato. La collaborazione stessa del clinico col radiologo è necessaria anche nella continuazione della cura giacchè l'esame del sangue, lo studio della curva del peso, ecc. sono criteri importanti per insistere o non nella cura e per stabilire le pause necessarie nel trattamento stesso.

MILANI E.

Indicazione diagnostica e terapeutica dell'iniezione gassosa lombare (Encefalografia).

(ALWENS e HIRSCH. *München. Mediz. Woch.*, n. 2, 12 gennaio 1923).

I processi patologici che colpiscono il cervello non si lasciano in genere riconoscere nella immagine radiologica del cranio: abbiamo tuttavia sintomi indiretti radiologici a carico del contorno osseo cranico e specialmente, ad es., nei tumori modificazione nel contorno sellare (slargamento-approfondamento del fondo della sella; assottigliamento e usura della lamina quadrilatera; distruzione delle apofisi clinoidee) e modificazioni della superficie ossea (impressioni digitali, deiscenza delle suture, ecc.). Ma parallelamente all'iniezione di gas nelle articolazioni e nel cavo pleurico e addominale a scopo diagnostico è andata radiologicamente prendendo importanza l'iniezione di gas nel cranio. Dandy in America, fin dal 1919, riportava 8 casi di iniezione gassosa per via lombare e in una II monografia propugnava l'iniezione diretta di gas nel ventricolo, metodo questo detto ventricolografia che in mano dell'A. ha potuto dare utili indicazioni in 75 casi per localizzazione di tumore.

In Germania Denk e Jüngling nel Congresso di Chirurgia del 1922 riferivano sulla ven-

triculografia; ma Bingel è stato quello che ha impiegato largamente e metodicamente in Germania l'iniezione di gas nello speco vertebrale lombare. Abbiamo quindi a scopo diagnostico due metodi per l'iniezione d'aria nel cervello: la ventricolografia è patrocinata dai chirurghi, ma essa, a parte la difficoltà, conta casi di morte, mentre nessun caso di morte ha avuto Bingel col suo metodo lombare.

Gli AA. hanno lavorato col metodo di Bingel: in genere i primi 10 minuti dall'iniezione possono essere considerati come tempo critico, ma gli AA. non hanno notato che aumento della frequenza del polso e aumento della temperatura 1½-1 grado; del resto ad evitare gli accidenti occorre preparare il malato (sobrietà per evitare vomiti; aria in proporzione del liquido estratto; iniezione a sedere; radiografia a giacere; spostamenti con grande precauzione).

L'iniezione gassosa deve avere naturalmente una stretta indicazione a scopo diagnostico e terapeutico, ma in questi ultimi tempi gli AA. hanno perfino dopo ogni puntura lombare a scopo diagnostico sostituito il liquido con altrettanta aria ollo scopo di evitare i noiosi sintomi di meningismo. Non è raccomandabile la primitiva tecnica di Bingel della semplice puntura lombare con una *record* e con tubo T (oggi sostituita con 2 punture in due spazi diversi): gli AA. preferiscono una sola puntura ma regolano l'afflusso e il deflusso. Radiologicamente è possibile riconoscere i corni anteriori (posizione fronto-occipitale: a farfalla) e posteriori (posizione occipito-frontale; a cappello di zucchero) dei ventricoli laterali e il 4° ventricolo, i gangli basali appaiono come ombe oscure e il plesso coroideo come fini ombre e nelle radiografie laterali è possibile riconoscere perfettamente il corpo calloso. Tra i processi patologici dànno immagini caratteristiche i tumori e l'idrocefalo (slargamento, compressione del ventricolo laterale, ecc.).

MILANI E.

La radioterapia nelle alterazioni endocrine dell'apparato sessuale.

(S. RECASENS. *Medizinische Klinik*, n. 24, 1924).

È in questi ultimi anni che è stata dimostrata l'azione che le ghiandole endocrine hanno sulla funzione degli organi genitali; e i lavori di Narañon, Sardry, Nubiela, Baillean, Seitz, Pariset, Beinet, Schenk, sia con ricerche cliniche che istologiche hanno portato chiare prove sull'attività di alcune ghiandole mentre per altre, quali l'ovaio; la tiroide; l'ipofisi e i surreni, l'azione appare indiscussa per quanto non sempre chiara mentre infine pure in questi ultimi anni è stato studiato il rapporto tra lo sviluppo della pineale, delle paratiroidi e del pancreas e lo sviluppo degli organi genitali e le ricerche microscopiche di Sarteschi, Halban, Achner hanno aperto nuove vie ai rapporti tra pineale e genitali. Da lungo tempo è conosciuta la doppia funzione dell'ovaio sullo sviluppo e la funzione dell'apparato sessuale e la separazione della funzione ovarica e della funzione ormonica del corpo luteo ha dato la possibilità di impiegare queste ghiandole allo scopo di medicamento in casi iper- o ipo- o disfunzione ovarica. Ma ulteriori ricerche hanno dimostrato che le alterazioni ovariche si accompagnano con alterazioni spesso di altre ghiandole le quali apparentemente non hanno coi genitali alcun rapporto. Così è nota ora l'azione della tiroide sulla funzione mestruale onde all'ipofunzione, si accompagnano emorragie così come all'iperfunzione oligo o amenorrea d'altra parte gli studi di Hofbauer, Achner, Bauer, Froelich, Narañon, Litman hanno messo in evidenza i rapporti fra genitali e ipofisi di cui è nota la diversa funzione nei suoi lobi. Ma altri fatti stanno a dimostrare i rapporti fra genitali e altre ghiandole endocrine; l'amenorrea nell'insufficienza surrenale; l'alterazione di sviluppo dei surreni e alterazioni di sviluppo genitale; amenorrea o menopausa precoce in alcune alterazioni del pancreas; le metrorragie non legate ad alterazioni organiche ma strettamente legate alle condizioni del sistema emopoietico il quale secondo alcuni (midollo) può rientrare nelle ghiandole endocrine, infine le perdite copiose di sangue negli allattamenti prolungati.

Date queste circostanze è chiaro l'impiego in ginecologia degli estratti ghiandolari sia semplici sia costituiti da un complesso ghiandolare; ma l'opoterapia se alcune volte dà dei buoni risultati, altre volte è completamente deficiente. L'azione degli estratti ghiandolari è una azione completamente sostitutiva ma non tale che possa esercitare una azione diretta su una deficienza funzionale; tutto ciò è facilmente dimostrato dal fatto che se le terapia ovarica semplice o unita alla luetinica fa scomparire i disturbi nelle pazienti castrate è anche vero che i disturbi ricompaiono appena si sospende il medicamento e così analogamente quando viene somministrata tiroide in casi di emorragie gravi per insufficienza della tiroide stessa. Fino a poco tempo addietro non possedevamo dunque un mezzo terapeutico di influenza diretta capace di eccitare l'attività in una ghiandola a sviluppo deficiente o con processi atrofici iniziali: è solo in questi ultimi tempi che

viene impiegata con nuove indicazioni la radioterapia. La radioterapia la cui azione sui tumori si basa essenzialmente sulla distruzione cellulare; usata a piccole dosi esercita una azione completamente contrastante con quella: le piccole dosi possono esercitare una azione eccitante sulla deficienza funzionale mentre le grandi dosi possono essere riserbate ai casi di iperfunzione. Già da tempo si conosceva del resto il fatto che l'azione dei raggi sui miomi dell'utero non era almeno tutta consistente in una azione sulle fibre muscolari ma che era anche una azione indiretta sull'ovaio iperfunzionante e questa iperfunzione formativa sembra vada riferita specialmente alla ghiandola interstiziale. In questi ultimi tempi anche il radio è stato impiegato con le stesse modalità. Numerosi sono oggi i casi di amenorrea pubblicati e sono noti i lavori di Holzknecht, Flatau, Thaler, ecc. sulle amenorree che si verificano nelle ragazze per insufficienza dell'ovaio.

Non raramente si verifica il fatto di ragazze che dopo due o tre mestruazioni regolari divengono amenorroiche senza che gravi disturbi si accompagnino a questa mancanza. Ma se la mancanza dei periodi mestruali è unita ad alterazioni di altre ghiandole quali ad esempio la tiroide si hanno allora disturbi notevoli di ipertiroidismo; palpitazioni, insonnia, cefalea fronto occipitale. Nei casi in cui le mestruazioni mancate da alcuni mesi riprendono con lunghi periodi di assenza irregolare può qualche volta l'opoterapia portare a buoni risultati ma in altre malate i periodi si fan sempre più rari fino alla amenorrea completa. Ora in questi casi i raggi X impiegati a dose eccitante possono portare a ottimi risultati. L'irradiazione sulla regione ovarica con dosi che rappresentino il 20 % della dose eritema a distanza di un mese hanno in alcuni casi fatto ricomparire mestruazioni assenti da 8-17 mesi e se ciò non si ottiene vuol dire che la cura è tardiva e che l'ovaio e oramai atrofico.

L'A. riporta tre casi in ragazze rispettivamente di 21-23-19 anni nelle quali la semplice dose ovarica a tipo eccitante ha fatto ritornare le mestruazioni irregolari e assenti da mesi (da 11 mesi nel secondo caso) dopo poche settimane dalla seduta.

Quando l'insufficienza ovarica è unita a insufficienza ipofisaria (e l'amenorrea allora è spesso unita a polisarcia addominale che qualche volta è stata presa per gravidanza) allora occorre irradiare e l'ovaio e l'ipofisi: l'A. ne riporta due casi nei quali unitamente alla ricomparsa delle mestruazioni si è avuta riduzione dell'adiposi addominale (nel primo caso le mestruazioni erano assenti da 16 mesi ed era stata fatta l'ipotesi di una gravidanza al VI mese, due sedute a distanza di un mese).

Tuttavia in alcuni casi l'esito finale non appare così brillante: da ciò la necessità di ulteriori ricerche onde precisare le indicazioni della radioterapia che appare come un nuovo mezzo di cura e che può essere usato senza pericolo di alterazioni organiche nel malato, che permette il ritorno delle mestruazioni specie nei casi in cui gli estratti organici hanno fatto cattiva prova. Non così brillante ma sempre efficace appare l'impiego delle piccole dosi nella dismenorrea verginale. Qui la disfunzione corrisponde a una insufficienza di sviluppo della parete anteriore dell'utero con pronunziata antiflessione. Questa antiflessione ha quasi sempre il suo fondamento in una alterata funzione ovarica che permette uno sviluppo ineguale della parete anteriore e posteriore dell'utero e che si accompagna con alterazioni della mucosa. L'influsso dell'ormone ovarico sullo sviluppo della mucosa uterina è noto da tempo e appare pertanto logico di eccitare l'ovaio in tutti quei casi in cui l'antiflessione dell'utero è la causa dei dolori mestruali: la migliore età è quella della completa maturità sessuale cioè prima dei 20 anni. L'A. ha impiegato anche la dose eccitante in casi di insufficienza tiroidea ma la sua esperienza pratica è relativa giacchè le metrorragie si lasciano facilmente combattere coll'opoterapia. Viceversa quando l'insufficienza ovarica si accompagna a segni di ipertiroidismo (fenomeni vasomotori, palpitazioni, insonnia, dolore di testa) mentre sull'ovaio va data la dose eccitante (20-25 % della dose eritema) sulla tiroide va data la piena dose tenendo possibilmente il tubo lontano (oltre 1 metro). Poca esperienza ha l'A. sull'irradiazione di altre ghiandole allo scopo (analogamente alla irradiazione della milza) di un trattamento difensivo contro i tumori degli organi genitali.

La radioterapia a dose distruttiva oltre che nella castrazione per miomi può essere efficacemente impiegata anche nelle metropatie emorragiche nelle quali la causa non è spesso nell'utero, ma in una iperfunzione dell'ovaio. In molti casi di emorragie tuttavia come nelle emorragie delle giovani nelle quali l'importanza dei genitali è relativa, la radioterapia può venire in aiuto coll'irradiazione a piccole dosi sul midollo aumentando il numero delle piastrine e facendo scomparire la trombopenia causa vera delle metrorragie.

Nella Clinica di Doederlein si è impiegata anche l'irradiazione dell'ipofisi quando i dolori del parto erano deboli ma secondo l'A. abbia-

mo nella pituitrina un mezzo temporaneo ed efficace e pertanto egli non ha impiegato mai questo sistema. Tanto più che è assai importante sapere quanto dura l'azione eccitante dei raggi: è certo che nelle giovani donne in cui oltre a una insufficienza ovarica esisteva una insufficienza ipofisaria l'esito della cura è stato ottimo come durata: tuttavia le ricerche vanno continuate perchè questa terapia è del tutto recente seppure impiegata dall'A. però già da tre anni.

MILANI EUGENIO.

Retrazione dell'aponevrosi palmare guarita con radioterapia penetrante.

(PEGNIER e IOLY. *Bull. de l'Acad. de Médecine*, n. 1, 2 gennaio 1923, pag. 33).

A. 60. Nel 1917 flessione della 2ª falange del medio mano sinistra nella prima, contemporaneamente noduli di Heberden. L'anno seguente flessione della 1ª falange del mignolo nella mano dello stesso lato, e poco dopo altrettanto dell'anulare della stessa mano. Dei noduli duri comparvero alle orecchie ed alle piccole articolazioni delle dita. Nel settembre corde salienti al palmo della mano che designano dei rilievi aderenti alle parti profonde. Nel marzo 1922 ronzii alle orecchie ; eczema comparso nel palmo della mano sinistra alla fascia dorsale delle dita. Nell'agosto dello stesso anno l'indice è il solo dito della mano sinistra che ha serbato la sua mobilità. Polso in adduzione. Medio leggermente flesso sul palmo, ma in parte ancora estensibile. Anulare e mignolo con le prime falangi flesse, le altre due in estensione. Palmo della mano attraversata da una corda saliente verticale, dalla radice dell'anulare al tallone della mano. Un analogo rilievo dalla radice del polso si perde nell'eminenza tenace. Cute del palmo della mano aderente, callosa, secca, solcata da pieghe trasversali profonde ed aderenti. Cercando di estendere la 1ª falange delle dita flesse si aumentano i rilievi nel palmo della mano sinistra.

Applicazioni radioterapiche in quattro sedute. Dalla seconda applicazione rilasciamento dei tessuti del palmo della mano tanto che può raddrizzare le dita con l'aiuto dell'altra mano. Otto giorni dopo l'estensione è completa. Il 10 settembre, dopo 15 giorni dal trattamento, l'estensione delle dita volontariamente è completa. Si sono afflosciati i tessuti prima induriti; essi appaiono edematosi; vi è una radiodermite guarita già il 15 ottobre. Il malato riprende completamente l'uso della mano.

Pegnier ha operato una quindicina di retrazione dell'aponevrosi palmare con processi varii e con risultati diversi; mai guarigione radicale. Ha avuto degli insuccessi completi e si ritiene fortunato di non aver mai avuto complicanze da ischemia. Nessuna operazione ha dato il risultato ottenuto con la radioterapia. Usarono le alte dosi di raggi fortemente filtrati e divisi in brevissimo tempo (quattro giorni) evitando le dosi massime in una seduta.

IURA.

Un caso di morte per ulcera intestinale da raggi.

(FRIED. Ospedale di Worms; direttore: Heidenhein. *Strahlenth.*, vol. XV).

L'A. tratta prima dell'apparecchio Radio-Silex adottato dalla Clinica; della sua costanza di funzionamento, dei metodi di misurazione usati, confrontando il sistema Dessauer, Vierheller ed il dosaggio con l'intensimetro adoperato da Heidenhein. I tumori vengono irradiati con filtro di 1 mm. di Cu., dando 2 campi di 20 × 20 e 50 cm. di distanza, o 3 campi di 10 × 15 secondo il metodo di Wintz.

In un primo tempo, vennero date dosi del 100-110 %, raggiungendo facilmente i tumori anche in profondità. Più tardi, si aumentarono le dosi, sino al 126 %, senza ottenere gravi alterazioni della pelle, se non in due casi, per condizioni speciali degli ammalati. Venivano ritenute come dosi del 100 %, quelle capaci di dare un leggero arrossamento dopo 8 giorni, del 110 %, quelle che davano un arrossamento dopo 8 giorni e dopo 4 settimane un abbrunamento della pelle, con disepitelizzazione.

Anche con dosi così forti non si ebbero alterazioni gravi sulla pelle, e così pure nella crasi sanguigna.

Dopo una pratica di più di un anno, non avendo osservato con tale metodo di tecnica alcun sensibile risultato nella cura del carcinoma, si credè opportuno di arrivare sino a dosi del 135 % sul tumore, dose che viene ritenuta solo irritante per l'intestino (dose intestinale di Seitz-Wintz).

In numerosi pazienti, in cui vennero applicate tali irradiazioni per tumori dell'utero, vescica, retto, prostata, si ebbero infatti disturbi intestinali anche con diarrea, muco sanguigno, non però molto gravi nè di lunga durata.

In un caso si ebbe la morte dell'ammalata.

Si trattava di una paziente di 63 anni con carcinoma dell'utero ancora nei limiti della operabilità.

Il 25 maggio venne operata di isterectomia; il 7 luglio ebbe una irradiazione con due cam-

pi addominali di 10 × 15 a 30 cm. di distanza, ed un terzo sacrale 18 × 20 a 50 cm. di distanza; filtro di 1 mm. di Cu. 100 KV. 8 MA.

Secondo le nostre misurazioni ebbe, il carcinoma il 135-138 %, l'intestino 128-138 %, la pelle 117-125 %.

Dopo otto giorni incominciarono inappetenza, dolori all'addome, premiti, vomito. Dopo 4 settimane, la paziente viene ricoverata in Ospedale con sintomi di peritonite, ed in settima settimana, muore.

All'autopsia si osserva che la S iliaca mostra in grande parte della sua lunghezza e per 3 cm. di larghezza, una vasta ulcerazione a margini irregolari, di aspetto gangrenoso, coperta da pseudo-membrane. Le pareti della metà superiore del retto sono molto dure, ispessite. Alla sezione, le pareti sono biancastre, la mucosa di colorito nerastro, il lume ridotto al calibro di un pollice.

Nel cieco, in corrispondenza della valvola del Bauino, si notano tre ulcere della grandezza di una moneta da dieci centesimi. Il resto del colon non presenta alcuna alterazione macroscopica.

L'uretra, e la vescica, presentano leggere alterazioni infiammatorie della mucosa.

Al reperto istologico di un frammento della parete rettale ispessita, si osserva una forma infiammatoria dei tessuti sotto sierosi ed una degenerazione degli endoteli e dei capillari.

Questo caso di morte ci ha fortemente meravigliati, sino a pensare alla coesistenza di qualche forma intercorrente intestinale, ma la località delle lesioni ed i suoi caratteri parlano per una tipica bruciatura da raggi.

Haendly, infatti, asserisce che la flessura sigmoidea ed il cieco, sono luoghi di predilezione per le alterazioni da raggi, mentre l'intestino tenue più facilmente si sottrae coi movimenti peristaltici all'effetto della irradiazione.

Dato che altri ammalati vennero irradiati anche con dosi superiori, senza aver mostrato notevoli reazioni, ciò deve farci ammettere, in questo caso, una notevole ipersensibilità. Va poi ricordato che nelle ammalate irradiate previa operazione sull'addome, le alterazioni intestinali sono più intense, che non in ammalate non operate; probabilmente per le aderenze che ne diminuiscono la motilità delle anse intestinali.

In ogni modo, noi crediamo concludere che la dose intestinale di Seitz-Wintz non solo è una dose eccitante o capace solo di produrre un'alterazione, bensì anche di condurre alla necrosi dell'intestino, ed è perciò assolutamente da evitare.

D. PICCALUGA.

CENNI BIBLIOGRAFICI

E. MEIROWSKY und F. PINKUS. *Die Syphilis.* Julius Springer. Berlino, 1923.

Questo nuovo libro tratta della sifilide con speciale riguardo alle affezioni degli organi interni. È oramai trascorso il tempo in cui il campo della sifilografia apparteneva al solo dermatologo: oggidì occorre riconoscere che i suoi rapporti hanno assunto estensione tale da interessare l'intero scibile medico.

Proposito degli autori è quello di fornire una veduta d'insieme di tutta l'intera sifilide. Alla descrizione delle manifestazioni cutanee (per cui si rinvia ai numerosi trattati speciali antichi e recenti) è dedicato soltanto un compendioso capitolo. Il libro ha inizio con accurati ragguagli statistici sulla mortalità e diffusione della sifilide nelle principali nazioni: seguono i varii capitoli nosografici sulle affezioni degli organi respiratori e circolatori, dei visceri, del sistema nervoso, dell'apparato uro-genitale, degli organi di senso specifico e del sistema nervoso. Speciale trattazione è dedicata alla sifilide congenita e alle affezioni delle ghiandole a secrezione interna con relative sindromi di disfunzione. Chiude il volume un capitolo sui varii mezzi di diagnosi biologica e microbiologica e in ultimo viene trattata la terapia generale e speciale e la profilassi. Brevi considerazioni sulla guarigione della sifilide dei proff. Pinkus e v. Wassermann completano e concludono l'opera.

Nelle sue 500 pagg. di testo i varii capitoli di questo pregevole libro, sebbene trattati da autori diversi, formano un tutto armonico ed egregiamente messo al corrente. Noi lo crediamo degno di essere a tutti i medici caloro samente raccomandato, anche, anzi in modo speciale, a quelli non specialisti. Perfetta la veste tipografica, ottime, se pur rare, le illustrazioni cliniche ed anatomo-patologiche.

M. AGOSTINI.

E. LEREDDE et G. DROUET. *Traitement de la Syphilis.* A. Maloine, éd., Paris. Prix Fr. 6.

In un volumetto di poco più di un centinaio di pagine, gli AA. condensano le nozioni precise sulla cura della sifilide recente, antica, ereditaria.

Il libro è dedicato al pratico, che gli AA. vogliono istruire per una cura durevole e completa. Nozioni generali di diagnostica, nozioni sull'uso degli arsenobenzoli, indirizzo curativo nelle varie complesse manifestazioni e negli intolleranti del rimedio sono i punti sui quali gli AA. fermano l'attenzione del lettore. Il volumetto non è una novità ma è utile.

T. PONTANO.

BRIN e GIROUX. *Syphilis du coeur et de l'aorte.* G. Doin éd. Paris. Fr. 15.

Il volume degli AA. raccoglie le nozioni più importanti moderne sulla sifilide del cuore e dei vasi. Dopo un capitolo di generalità, i disturbi del ritmo nei sifilitici, la tensione arteriosa nei sifilitici sono oggetto del 2° e 3° capitolo. Quindi gli AA. si occupano della sifilide del pericardio, del miocardio (del fascio di His), dell'aorta (compresi gli aneurismi) e dell'angina di petto.

Gli AA. confessano che hanno voluto attenersi ad un programma di semplicità e di chiarezza per mettere il libro alla portata dei lettori non specializzati. Essi certo molto trascurano e quasi totalmente la letteratura straniera, ed è innegabile che in qualche capitolo domina un senso di superficialità che non è sinonimo di semplicità.

Il libro si raccomanda a chi voglia vedere riuniti in un volume quelle nozioni che non devono mancare in nessun buon trattato moderno e completo di patologia.

T. PONTANO.

L. MARCHISIO. *Come ci possiamo difendere dal pericolo venereo.* Pagine dedicate alla gioventù. Con prefazione del prof. Achille Sclavo. Un opuscolo di pag. 52, Editrice l'Italia Sanitaria, Roma. Prezzo L. 3.

È sempre più sentita la necessità di diffondere fra i giovani le nozioni atte a difenderli contro l'imperversante flagello delle malattie veneree, le quali trovano proprio nell'ignoranza e nell'incuria le cause più efficienti della loro diffusione.

In queste brevi pagine l'A. parla da uomo ad uomini, senza le vane prediche dei paladini della castità e della purezza ad oltranza. Errano questi nel voler comprimere troppo un impulso potente e misterioso, come errano coloro che fanno una parte preponderante alle cose dell'amore; rifuggiamo dalle esagerazioni ed otterremo così migliori effetti nel campo dell'igiene pubblica e sociale; altamente umano ci appare l'A. quando osserva che non bisogna chiedere al giovane di essere astemio, basta chiedergli di essere sobrio.

Animato da tali concetti, l'A. espone nozioni semplici, chiare e sicure sul modo di contagio e sulla profilassi dei morbi venerei, e dà opportuni consigli per indirizzare il profano a cure serie ed efficaci.

Il lavoro, che ottenne il primo premio nel concorso bandito per l'Igiene, merita una larga diffusione, aggiungiamo che da qualche zelante esecutore di ordini male interpetrati l'opuscolo era stato sequestrato per oltraggio al pudore: *risum teneatis?* *fil.*

C. MILLET. *La séroréaction comme méthode de controle, du diagnostic et du traitement de la Syphilis.* A. Maloine, Paris. Fr. 8.

Il dott. Millet riunisce in un volumetto di un centinaio di pagine le sue vedute teoriche sulla reazione di Wassermann, la tecnica personale seguita, i resultati ottenuti nel controllo della diagnosi e della cura. Le vedute teoriche trovano già il campo ricco di una folta messe; la tecnica dell'A. non complicata, ma certo lunga, senza essere innovatrice poichè utilizza direttive già provate, ha il vantaggio di svelare con maggiore sensibilità i sifilitici, senza ovviare all'inconveniente della aspecificità; nelle conclusioni generali, salvo qualche dettaglio, l'A. giunge a quelle conclusioni sulle quali oramai la maggior parte degli studiosi s'è accordata, qualunque sia stato il metodo seguito nella esecuzione della reazione e qualunque la teoria sostenuta dalla immunitaria alla colloidale. Il libro quindi conviene alla categoria degli specialisti in tema di Wassermann e a quelli i quali desiderino nozioni generali sulla utilità della reazione.

T. PONTANO.

PISTOCCHI G. *Preparazione e tecnica delle sieroreazioni per la sifilide.* — L. Cappelli, Bologna, 1924. L. 5.

Sulla Wassermann — come sulla Sachs-Georgi, sulla Meinicke e sulla Dold — vennero già scritti volumi. Non è però ai concetti teoretici od alle ipotesi esplicative che qui l'A. vuol riferirsi: egli mira ad indirizzare il pratico nelle varie manovre di tecnica, dando contemporaneamente un brevissimo accenno ai principii fondamentali su cui le varie reazioni si basano.

Di formato tascabile, questo manualetto si rende utile a tutti coloro che si occupano di Laboratorio. A. POZZI.

Dott. EDMONDO PERSICHETTI. *Sulla dualità del treponema pallidum.* Roma, Tip. ed. Lolli.

In questo notevole lavoro per libera docenza l'A. affronta la questione sorta da quando gli studi recenti affermarono in modo inconfutabile la natura luetica della paralisi progressiva e della tabe dorsale: se cioè il virus luetico che lede i centri nervosi sia differente da quello che provoca le abituali lesioni specifiche cutanee, mucose e viscerali, e si debba quindi ammettere l'esistenza di un virus *neurotropo* con spiccata preferenza per il s. n., accanto ad un virus *dermotropo* che si localizzerebbe a preferenza sulla pelle e sulle mucose.

Gli argomenti adottati in favore della dualità e quelli che sembrano contrastare con la teoria dualistica sono esposti dall'egregio au-

INDICE SISTEMATICO

PARTE I.

PARTE II.

PARTE III.

PARTE IV.

tore in modo obbiettivo, esauriente e tale da permettere al lettore di farsi un concetto ben chiaro dello stato della questione.

L'autore non ha mancato di procedere ad esperienze personali inoculando in un gruppo di conigli sangue di paralitici con R. W. + ed in un altro gruppo virus prelevato da infermi di lues con manifestazioni contagiose, e sebbene nei conigli del 1° gruppo non si verificò il contagio ed in quelli del 2° gruppo il contagio si sarebbe verificato solo in alcuni (senza peraltro, che fosse mai possibile dimostrare la presenza del treponema pallido), pure l'A. si crede autorizzato dai risultati ottenuti ad ammettere di avere raggiunta un'altra prova sperimentale dell'esistenza di vari ceppi di *virus dermotropo* capaci di dare delle reazioni diverse quando vengano inoculati in animali da esperimento.

Le conclusioni che il Persichetti trae dai suoi studi, critici e sperimentali, dalle considerazioni a cui essi dànno origine, e dal criterio di analogia con la lepra nella quale, accanto ai due quadri morbosi distinti, cutaneo e nervoso, si riscontrano forme miste e la successione delle due sindromi (ciò che depone in favore dell'unicità del bacillo di Hansen), sono che, allo stato attuale delle nostre conoscenze, non è ancora permesso dare una giudizio definitivo sulla esistenza o meno di un virus sifilitico ad attitudine neurotropa.

Conveniamo senza riserve nelle sobrie conclusioni a cui giunge il dott. Persichetti, al quale, nel tributare la meritata lode per questo suo lavoro, ampiamente documentato e svolto con sicura competenza e con ordine e chiarezza veramente encomiabili, esprimiamo l'augurio di poter proseguire in queste indagini e giungere in tempo non lontano alla definitiva soluzione del problema.

V. MONTESANO.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Associazione Italiana di Medicina Legale.

Si è riunita il 2 giugno sotto la presidenza del prof. Carrara. Il Presidente, assistito dal segretario, prof. Cevidalli, rese conto della costituzione definitiva dell'Associazione dopo il Convegno di Roma con un notevole numero di Soci e in buone condizioni economiche. Riferì sulle seguenti iniziative. Furono rinnovati al Ministro della Giustizia voti per una modificazione dell'art. 209 del C. P. P. in senso più favorevole alla attribuzione del materiale agli Istituti universitari di medicina legale. Fu ripresa col Ministero della P. I. la questione della equiparazione delle dotazioni agli Istituti Universitari di Medicina Legale. Furono interessati direttamente membri del Cons. Sup. della P. I. per la Facoltà di Legge, in favore della inclusione della Medicina Legale tra le prove dell'Esame di Stato per i professionisti in Giurisprudenza e quindi per la obbligatorietà del suo insegnamento. Fu ottenuta una udienza da S. E. il Ministro della P. I. per chiedergli la ricostituzione di un Gruppo di materie nell'Esame di Stato per la Facoltà Medica, intitolato alla « Medicina Pubblica » comprendente la Medicina Legale e l'Igiene, gruppo che si ricollegherebbe alle più pure tradizioni italiane. La richiesta è tanto più ragionevole e fondata in quanto si era già introdotta la Medicina Legale in detto Esame. Ma l'associarla in gruppo con una Clinica ne limita angustamente la portata e il contenuto — anche in una prova eminentemente pratica.

Il Ministro non si mostrò contrario alla domanda e richiese un memoriale.

In merito al prossimo Congresso di Medicina Legale furono scelti i temi principali delle relazioni: 1) Le malattie post-traumatiche (prof. Biondi); 2) L'azione tossica dell'ossido di carbonio nelle evenienze medico-legali (proff. Leoncini e Romanese); 3) Le organizzazioni di Antropologia Criminale e di Medicina Legale negli Stabilimenti Penitenziari (proff. Pellegrini e Lattes); 4) La morfogenesi dell'imene in rapporto alle questioni medico-legali (prof. Dalla Volta). Il Congresso avrà luogo in Firenze nell'autunno 1925: si procurerà di farlo coincidere con la inaugurazione del busto al compianto amico e collega prof. Lorenzo Borri.

Circa i rapporti con la Società Italiana d'Igiene — cui il Presidente aveva scritta una lettera invitando ad una più stretta unione e collaborazione con l'Associazione italiana di Medicina Legale — l'adunanza si pronunciò favorevole a tale concetto: nell'intento di ricostruire un'organizzazione sociale unica intitolata alla « Medicina Pubblica » nella quale le due riunite Società d'Igiene e di Medicina Legale conserverebbero naturalmente assoluta parità di condizioni ed una ragionevole autonomia di governo e di manifestazioni; e fu incaricata la Presidenza di contrarre accordi in proposito colla Presidenza della Società Italiana di Igiene.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

La regione lombosacrale.

Se ne occupa H. v. Laekum (*Journ. A. M. A.*, 5 aprile 1924).

Le vertebre della regione lombosacrale vanno soggette a frequenti alterazioni dei rapporti reciproci che sono spesso la causa di dolori lombari e di nevralgie ischiatiche di oscura origine.

L'angolo sacro-vertebrale è in media di 117° nel maschio e 130° nella femmina (Morris). L'angolo della superficie superiore del sacro col piano orizzontale che è in media di circa 42°, varia da 28° a 80°. È chiaro che un aumento di questi angoli produce uno stiramento dei legamenti tra colonna lombare e sacro che può esser di per se causa di dolore, e provocare dolori anche per eventuali compressioni o stiramenti nervosi. Tutte le condizioni che indeboliscono i legamenti, e i muscoli, che compiono anche ufficio di legamenti attivi, possono provocare dolori lombari: così si spiegano i dolori nella convalescenza di malattie infettive.

Compenso fisiologico all'inclinazione del sacro sulla colonna lombare è la notevole grandezza del disco intervertebrale tra quinta lombare e sacro, nonchè la notevole superficie della faccia superiore del corpo della prima vertebra sacrale.

Normalmente le articolazioni degli archi neurali non hanno funzione di sostegno. ma possono talora acquistarla, specie nei tipi di articolazione lombosacrale che tendono ad avere un meno limitato movimento di rotazione.

Ma se le articolazioni degli archi neurali, come di frequente accade, sono più o meno asimmetriche, ne risulta una rotazione ineguale che produce una debolezza della parte e dolorosi stiramenti.

Una frattura dei processi articolari degli archi neurali può esser causa di scoliosi.

Talvolta il corpo della prima vertebra sacrale non è fuso col sacro, oppure manca dell'arco neurale: sono queste altre cause di dolori e di minore stabilità.

Manifestazioni dolorose si possono avere anche per contatti tra i processi spinosi o laterali delle ultime vertebre lombari tra loro o col sacro.

Anche le anomali e che tendono alla sacralizzazione della quinta lombare provocano dolori: talora la modificazione dei rapporti predomina da un lato, ed è causa di scoliosi.

L'A. preconizza, in quasi tutti questi casi, la fissazione della quinta, ed anche della quarta vertebra lombare col sacro, onde provvedere una piattaforma orizzontale di sostegno alla parte superiore del corpo. Non è a temere una sensibile diminuzione dei movimenti.

DORIA.

CASISTICA.

Le cause della morte naturale improvvisa.

Parecchi casi di morte improvvisa, osserva A. Haberda (*Wien. Klin. Woch.*, n. 17 aprile 1924), avvengono in piena salute, come può accadere nella donna per rottura delle membrane in gravidanza extrauterina, o durante gravidanze normali per eclampsia grave non preannunziatasi o per tromboembolia da inerzia uterina.

Altre volte la morte improvvisa avverrà per una malattia di cui il paziente soffre senza esserne edotto.

Sono state così fatte autopsie d'individui spentisi improvvisamente in apparente benessere, nei quali si ritrovò una polmonite o una meningite in atto.

Più spesso però la morte colpisce il paziente durante il decorso di una data malattia. Nei bambini, per esempio, ciò è frequente nelle bronchiti acute, che possono terminarsi con asfissia, per interessamento dei bronchi più fini, o con paralisi cardiaca, per fatti degenerativi da ipertossiemia.

Un edema acuto mortale della glottide può essere secondario ad una sepsi o ad una nefrite, la quale, a sua volta, può uccidere improvvisamente per attacco d'uremia. Nei bambini non è rara la paralisi cardiaca postdifterica, che può essere anche precocissima, quando i sintomi della malattia sono appena accennati.

Nel campo delle malattie gastro-intestinali si sono descritti casi di morte improvvisa durante accessi eclamptici o comatosi in seguito a catarri gastro-enterici o a semplice costipazione, verosimilmente per assorbimento di tossine. Nei lattanti e nei bambini rachitici un catarro gastrico può causare la morte da asfissia, per aspirazione, durante il vomito del catarro accumulato.

Talora la morte sarà dovuta a perforazione di ulcere gastro-intestinali, di qualsiasi natura, per shock peritoneale, od anche a peritonite acutissima secondaria a invaginazione intestinale, a volvolo, a perforazione di appendice o di vescica biliare.

Un posto predominante è occupato dalle molteplici affezioni cardio-vascolari, tra cui frequentissimi i casi di sclerosi delle coronarie; quelli di mesoaortite luetica; di rottura spontanea del cuore e dell'aorta; di miocardite postinfettive o gommosa; di degenerazione grassa del cuore; di vizi cardiaci e di endocarditi recenti, per embolia o per compartecipazione morbosa del miocardio.

Nell'età giovanile una rottura spontanea dell'aorta può seguire ad una ipoplasia congenita, mentre nell'età adulta sono le alterazioni arteriosclerotiche che la rendono possibile. Frequenti anche le rotture di aneurismi, specie quelli della base del cervello, con emorragie meningee mortali.

La tubercolosi è causa di morte improvvisa sia durante meningiti, sia nei processi polmonari per emottisi infrenabili, come pure, nei bambini, per apertura di focolai caseosi ghiandolari nelle vie aeree.

Reperti più rari sono costituiti dalla saldatura precoce delle suture craniche, con improvviso aumento di pressione; dalla presenza di neoformazioni cerebrali: gliomi, tubercoli, gomme, ascessi, cisticerchi; o da una epilessia genuina, che provoca un edema acuto del cervello.

Tra le numerose altre cause di morte improvvisa si annovera poi il gozzo, col meccanismo della compressione e dell'edema acuto delle vie aeree, o con quello dell'emorragia in un nodulo; la pleurite essudativa; le sinechie pleuropolmonari, lo pneumotorace; la cirrosi epatica, per emorragia di una varice esofagea; la pancreatite acuta emorragica; l'infarto delle surrenali, per insufficienza surrenale acuta, frequente nei bambini; il coma diabetico.

Esiste infine un certo numero di casi di morte improvvisa per i quali nè l'autopsia nè le ricerche cliniche ed istologiche svelano una causa apparente; il quale numero però va sempre più diminuendo, col progredire delle conoscenze mediche.

La critica scientifica ha poi attenuato l'importanza del cosidetto « stato timico-linfatico » di Paltauf, al quale oggidì viene attribuito valore nei riguardi delle morti improvvise solo nel caso in cui, all'eccessivo sviluppo del sistema linfatico, vada congiunta una ipoplasia del sistema vasale. M. FABERI.

Le morti improvvise.

Le morti improvvise sono abbastanza frequenti. S. Schönberg calcola (rif. in *Gazzetta degli Osped.*, 23 marzo 1924) che per Basilea esse siano il 5 % del totale dei morti; a Vienna, nel 1905, si ebbero circa 1000 morti improvvise. Esse sono più frequenti negli uomini (67-88 % del totale) e si distribuiscono nell'età infantile e nel 6°-7° decennio della vita. La frequenza maggiore si avrebbe in Svizzera nei periodi in cui soffia il *föhn*.

Vi sono dei casi in cui il reperto di autopsia appare negativo; allora si debbono istituire tutte le ricerche più fini; con l'esame batteriologico si potrà riconoscere l'eventuale esistenza di una setticemia da streptococco, da paratifo; con l'esame microscopico, la presenza di alterazioni del miocardio, dei reni, del pancreas, ecc. con l'esame chimico, si scopriranno le eventuali tossicosi. In qualche caso anche questi esami daranno risultati negativi; si tratta allora di eclampsia, di delirio, di gozzo, ecc.

Talora si riscontrano alterazioni tanto lievi da non poter essere invocate come causa della morte; è probabile che allora questa sia da attribuirsi a circostanze esterne, come sforzi, spavento, ecc. In tali casi le alterazioni risiedono il più spesso al cuore, ai vasi, raramente al polmone, all'addome.

Talvolta invece il reperto di autopsia spiega la morte, dovuta ad emorragia cerebrale, a rotture del miocardio, dell'aorta, a malattie addominali (perforazioni, aborto tubario, appendicite, apoplessia pancreatica); fra le malattie generali vanno citate la tubercolosi miliare, l'anemia perniciosa, la sepsi, l'influenza.

Più rari sono i casi di morte improvvisa fra i fanciulli; si riscontrano di solito alterazioni del canale digerente o delle vie respiratorie; quanto allo *status lymphaticus*, per quanto esso si riscontri in diversi casi, si deve concludere per esso solo allorchè gli altri reperti siano negativi e si abbiano le note dello stato in discorso, specialmente l'ipoplasia della sostanza midollare dei surreni. *fil.*

TERAPIA.

Il trattamento del diabetico per il medico pratico.

Conviene a tal proposito distinguere, secondo R. Ehrmann (*Deut. Med. Woch.*, n. 24, 1924) il cosidetto diabete grasso, che colpisce in genere individui obesi, costituzionalmente tarati, nell'età media o tarda della vita, e il diabete magro, nel quale il pancreas è atrofizzato ed esiste speciale tendenza al coma.

Mentre nel primo caso bisogna cercare di evitare l'ipernutrizione, limitando in modo speciale gli idrati di carbonio, nel secondo caso conviene aumentare lo stato di resistenza organica, introducendo gran quantità di grassi, i quali nel diabete rappresentano l'alimento meno pericoloso.

Le verdure, in senso lato, possono venir usate, prendendo la precauzione, per quelle che contengono più zucchero, di cambiare una o due volte l'acqua di cottura. Le frutta fresche, anche in forma di marmellata senza zucchero, saranno entro certi limiti permesse, mentre quelle secche devono essere bandite.

Il quantitativo di carne magra si aggira intorno ai 125 gr. giornalieri; il pesce potrà essere mangiato senza preoccupazioni, ma senza esagerare; formaggi grassi e creme entreranno pure largamente nella dieta. Il malato potrà poi prendere a suo gradimento o 100 gr. di pane, ovvero 300 di patate al giorno, non rappresentando speciale vantaggio i surrogati del pane del commercio. Lo zucchero deve essere completamente sostituito dalla saccarina. Le bevande saranno rappresentate da caffè, tè, acque gassose, kefir, vino di mele, e, di tanto in tanto, da un poco di vino asciutto.

Per aumentare la tolleranza del malato e migliorare il suo stato generale sarà utile, ogni una o due settimane, introdurre un giorno di dieta completamente latteo-vegetariana.

Come cura preventiva sarà somministrato sistematicamente il bicarbonato di sodio in quantità sufficiente a dare all'urina una reazione debolmente alcalina. In caso di comparsa di coma, come pure negli stati di precoma (un sintoma importante secondo l'A. è rappresentato dalla notevole discesa della pressione sanguigna), la quantità del bicarbonato sarà aumentata di molto, ricorrendo all'ingestione diretta, o alla proctoclisi di 1-2 litri di soluzione al 5-10 %. Mentre in tal modo si cerca di allontanare dall'organismo le sostanze tossiche, si ricorrerà senz'altro al contemporaneo uso dell'insulina, con le dovute regole, impedendo così l'ulteriore formazione di acido ossibutirrico nel fegato, e si completerà la cura sostenendo il cuore coi comuni cardiocinetici.

M. FABERI.

Per regolare la cura insulinica.

La necessità di determinare il tasso glicemico durante il trattamento coll'insulina, onde prevenire i gravi fenomeni dell'ipoglicemia, urta talora contro le difficoltà tecniche e il costo della ricerca.

H. Strauss (*Deut. Med. Woch.*, n. 24, 1924) enuncia i limiti nei quali la determinazione è veramente indispensabile. Premettendo che la cura insulinica è strettamente indicata solo nei casi di diabete grave o di media gravezza nei quali la dieta non apportò beneficio, e nei casi con complicazioni, osserva che nei numerosi malati da lui trattati, rientranti in tali forme, in istato di acidosi o no, il tasso glicemico superò quasi sempre, e spesso notevolmente, il 0,12 % (normale 0,08 %). Se dunque il medico si atterrà alle indicazioni suddette, si potrà eseguire la cura con buona sicurezza, tralasciando di studiare la glicemia, avendo però la precauzione di iniziare con piccole dosi, tenendo inoltre pronte per ogni evenienza soluzioni zuccherine, e somministrando, ad ogni buon fine, una zuppa con 15-20 gr. di farina subito dopo l'iniezione.

Nei casi invece di diabete leggero, specialmente nel cosidetto « diabete renale », qualora si creda indispensabile intraprendere la cura insulinica, la determinazione deve essere rigorosamente ripetuta ogni 3 ore, per evitare che insorga d'improvviso la sindrome d'ipoglicemia.

M. FABERI.

L' insulina nel morbo di Flaiani-Basedow.

J. Goffin (*Le Scalpel*, 19 aprile 1924) ha trattato con le iniezioni di insulina tre donne, di cui due affette da gozzo esoftalmico tipico, la terza incinta di sette mesi con piccoli segni di basedowismo. Ha iniziato la cura delle prime due con iniezione giornaliera di 1/10 di cmc. di insulina canadese (corrispondente a due unità fisiologiche), arrivando in una a cmc. 0,5, nell'altra a cmc. 1. Nella terza donna ha usato l'insulina preparata con la tecnica di Chabanier, su cui l'A. non dà notizie, iniettando cmc. 0,2 al giorno ed arrivando fino a due iniezioni giornaliere di cmc. 0,6.

In tutte tre le donne, si ebbe un miglioramento manifesto che riguardava l'uno o l'altro sintomo, secondo i soggetti. Risultati quasi nulli ha invece ottenuto l'A. in un caso di gozzo esoftalmico in un uomo sifilitico nel quale il neosalvarsan non aveva portato alcuna attenuazione persistente dei sintomi morbosi.

Questa azione favorevole dell'insulina rimane oscura nel suo meccanismo. Può darsi che essa agisca sullo stato generale dei malati, ma è probabile che si tratti di un'azione sul simpatico o sulle ghiandole endocrine; in tal caso l'insulina tenderebbe a ristabilire la fisiologia della secrezione della tiroide, soprattutto nel senso di diminuirla.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

La reazione della bile e la formazione dei calcoli.

È noto che si possono formare calcoli di calce in cistifellee asettiche. Però mal si comprende perchè non si formino nella massima parte degli individui in buona salute, data la densità della bile, e il normale ristagno nella cistifellea. Secondo Drury, Mac Master e Rons, ciò dipende da che le pareti cistiche hanno una secrezione acida che contribuisce a mantenere

in soluzione il carbonato di calcio. Quando essa viene meno si formerebbero precipitati calcarei che possono essere centro di formazione di calcoli di colesterina o di carbonato calcare.

Non soltanto le infezioni sarebbero capaci di modificare la reazione della cistifellea.

(*Journ. A. M. A.*, 5 aprile 1924).

DORIA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Nella colpo-cervicite blenorragica cronica ribelle. — Al dott. D. B., abb. n. 4317-1:

Il primo posto nella terapia della vaginite e cervicite blenorragiche spetta ai sali d'argento, nitrato, protargolo, choleval.

Per medicazioni e tamponamenti vaginali si usano abitualmente il protargolo in glicerina al 10 % o gli ovuli al protargolo.

Con il nitrato e con il choleval al 0.5 o all'1 per cento sono preparati i gonostili di Beiersdorf o di Bayer, piccoli cilindri di pasta semisolida che vengono utilmente impiegati nella cura della cervicite.

Vaccino e siero antigonococcico non pare diano risultati in queste localizzazioni. Tuttavia l'uso del vaccino deve esser consigliato come adiuvante della cura locale.

Si vanta oggi anche la diatermia la quale favorirebbe la eliminazione dei gonococchi con la profusa secrezione cui dà luogo. Per le applicazioni intrauterine di diatermia mi pare vi sia luogo a fare le più ampie riserve per i pericoli che son collegati con ogni manovra intrauterina in casi infetti.

Qualunque sia il metodo di cura occorrono tempo, pazienza e prudenza.

Le sole irrigazioni vaginali, sia pure con sali d'argento, son destinate ad insuccesso perchè il liquido non può penetrare nel canale cervicale; quindi anche ammettendo che i germi vengano distrutti in vagina continuamente si rinnovano con il secreto fuoriuscente dal collo.

I gonostili possono rendere buoni servigi, ma talora sono mal tollerati e l'utero reagisce con violente contrazioni allo stimolo meccanico e chimico che viene portato a contatto con l'orificio interno.

Queste stesse violente contrazioni uterine con spasmo dell'o. i. rendono pericolose le iniezioni intrauterine. Mentre le medicazioni con tamponi montati e intrisi di liquidi disinfettanti non ottengono lo scopo, perchè il medicamento non giunge oltre la parte inferiore del canale cervicale e certo non al disopra dell'orificio interno, a meno che non sia stato precedentemente dilatato il canale cervicale, manovra dolorosa da richiedere la narcosi e non scevra di pericoli in ambiente infetto.

ARTOM DI S. AGNESE.

Patologia della mestruazione. — Al dott. R. D., abb. n. 8034:

Il *Traité de gynécologie* di Faure et Siredey (Doin, Paris) dedica a questo argomento un capitolo di oltre 30 pagine molto chiaro e ben fatto.

A. di S. A.

La presbiopia dei miopi. — Al dott. Carolus:

Il miope di circa 3 Diottrie all'età di 51 anni diventa leggermente presbite; quindi da vicino ha bisogno di una lente positiva di *una* ovvero di 1,5 Diottrie per poter leggere alla distanza di 30-35 cent. Per vedere lontano deve continuare a portare lente da miope di 3 Diottrie.

G. PUCCIONI.

Cura di eredoluetici con affezioni oculari. — Al dott. B. Macri, Siderno Marina:

Negli eredo-luetici con malattie oculari in specie al disotto dei 10 anni sono più indicate le iniezioni di *bijoduro di mercurio* secondo la formula De-Amicis; cioè 1 centg. ogni due giorni, oltre la cura locale (atropina, vapori caldi, ecc.); le iniezioni endo-venose di Neosalvarsan possono essere pericolose.

G. PUCCIONI.

Sulla formazione delle scibale nella stasi intestinale cronica. — Al dott. D. P.:

Non alla posta degli abbonati, ma ai seguenti autori si rivolga per appagare il suo desiderio: Cannon, *The mecanical factors of the digestion*, London, 1911; Hadges, *La stase intestinal cronique*, Presse médicale, 1920, 4 agosto; W. Arbuthoot Lane, *Lancet*, 1° marzo 1919; Stierlin, *Ueber Obstipation von ascendens Typus*, Münch. Mediz. Woch., settembre 1911; Sorrel, Thèse de Paris 1914; Fouarde e Aoudmont, *La stase intestinale cronique*, Arch. méd. Belges, giugno 1921. Questi lavori di cui eccezionalmente diamo indicazione nella posta sono ricchi di dati bibliografici, nei quali c'è da appagare qualunque curiosità di sapere.

T. PONTANO.

Al dott. A. C. da Bologna, abb. n. 2916:

Sull'*imbalsamazione dei cadaveri* umani comparirà presto un articolo sul *Policlinico*. Ella può trovare notizie sull'argomento in un manuale Hoepli, di cui è autore Di-Cola.

fil.

Al dott. P. A. da Neresine:

I lettori del *Policlinico* vengono informati dei *Corsi per ufficiale sanitario* nella rubrica «Notizie diverse». Per lei sarebbe più comoda la Università di Padova, dove però quest'anno il corso è già stato tenuto in maggio-giugno. I detti corsi hanno la durata di due mesi; gli esami vertono sulle materie di insegnamento (epidemiologia, batteriologia, chimica, ecc.). È evidente che la frequenza è, almeno teoricamente, necessaria. *fil.*

Al dott. T. F. da B.:

La *Lega Nazionale contro la tubercolosi* si è sciolta; è sostituita ora dalla *Federazione*, che ha sede presso il Comitato centrale della C. R. I. (via Toscana, 12 - Roma); ne è presidente l'on. dott. Raffaele Paolucci e segretario il prof. Guido Mendes. L. P.

COMMENTI.

Caduceo di Mercurio e bastone Serpentario di Esculapio.

Nel fascicolo n. 25 del *Policlinico*, Sezione Pratica, leggonsi, a pag. 825, delle osservazioni sul Caduceo di Mercurio ed il Bastone Serpentario di Esculapio, tolte da: Boigey (*Presse Médicale*, 1924, n. 12). Il Boigey conclude che nessun elemento storico o mitologico giustifica l'uso del Caduceo come emblema della medicina.

Pare che nell'antichità gli Dei non fossero ritenuti estranei alla Medicina, anzi, tutt'altro.

Celso dice: «quelli che sono stati i primi a trovare la maniera di guarire le infermità, hanno creduto che fosse un'arte la cui invenzione meritasse di essere attribuita agli Dei, anzi questa è la più comune opinione». Idea questa confermata dal «Deorum immortalium inventioni consecrata est ars Medica» di Cicerone.

Ora, uno storico del 1700, connazionale del Boigey, il Rollin nella sua «Storia antica degli Egizi, Cartaginesi, ecc., ecc.», dimostra che la divinità, cui si attribuiva, la Medicina era proprio l'Araldo degli Dei, l'agile Dio del Commercio; e nel tomo primo scrive: Essere ritenuta opera di Mercurio i libri sagri, degli Egizi, libri che non lasciavano occulta quasi veruna di quelle cose, che contribuire potevano a perfezionare lo spirito e «rendere comoda e felice la vita». E subito parla della medicina, riferendo che: Non si rimetteva al capriccio dei medici la maniera di curare gli infermi. Avevano essi regole fisse, cui erano obbligati a seguire e queste regole erano nei *libri sagri*. Nel libro poi XIV, di detta opera, a pag. 396, citando Erodoto, libro terzo e Strabone, libro 3° e 16°, lo stesso Rollin recisamente afferma: «Gli Egiziani riguardavano il loro Dio Ermete, cioè Mercurio, come lo inventore della medicina».

Secondo questi antichi adunque è probabile che il Caduceo di Mercurio abbia dato origine:

1) al nome «Serpentaria» dato alla costellazione, in cui lo sdegno di Giove trasformò Esculapio, quando «ebbe l'ardire» di rendere la vita ad Ippolito, figlio di Teseo;

2) alla leggenda che, nel 461 «ab urbe condita» Esculapio, già Dio della Sanità, scendesse «sotto forma di serpente» in Roma, a liberarla dalla peste;

3) allo stesso Bastone Serpentario di Esculapio.

Ad ogni modo, stando agli storici, un nesso tra Caduceo di Mercurio ed Arte Medica, esiste.

(Verona) Dott. CESARE COLOMBAROLLI.

VARIA

I metodi di Sydenham.

Al Congresso medico di Chicago, Cushing, commemorando Sydenham, del quale ricorre quest'anno il centenario della nascita (1624), lo prospettò quale principe dei medici pratici, tutto inteso all'osservazione del malato anzichè alle astruse considerazioni teoriche. Egli fu anche detto l'Ippocrate inglese, pel suo acuto spirito d'osservazione. L'oratore si augura che questo spirito d'osservazione pervada nuovamente coloro che attualmente si dedicano allo studio della medicina, i quali sogliono invece sopravalutare le indagini accessorie di laboratorio.

Egli ritiene che sarebbe quasi più utile mettere subito lo studente in contatto col malato, e solo più tardi farlo entrare nel laboratorio.

(*Journ. A. M. A.*, 5 aprile 1924).

DORIA.

:: I medici ricettando ricordino ::

Troppo spesso accade, come giustamente fa rilevare l'Ordine dei M. di Como, che i Medici prescrivendo sostanze comprese nell'elenco degli stupefacenti non osservino quanto la legge prescrive.

Ad evitare ritardo nella spedizione delle ricette, imbarazzi ai farmacisti e punizioni ai medici inadempienti riportiamo dalla legge l'articolo riferentesi ai medici esercenti:

Art. 5. — I Medici Chirurghi che nel prescrivere comunque le sostanze contemplate nella presente legge non indicano chiaramente nelle ricette il nome, cognome, domicilio dell'ammalato, a cui le rilasciano, incorrono nella pena pecuniaria da lire 2000 a 5000.

(*Federaz. Medica*).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Consiglio Superiore di Sanità.

Il giorno 28 giugno scorso si è inaugurata, sotto la presidenza del prof. Marchiafava, la sessione ordinaria del Consiglio superiore di Sanità recentemente ricostituito in base alle ultime disposizioni sulla riforma degli ordinamenti sanitari.

Alla riunione è intervenuto S. E. il ministro Federzoni cui han rivolto un caloroso saluto il presidente prof. Marchiafava e il direttore generale della Sanità dott. Lutrario. Ad essi ha risposto il ministro, ringraziando e dichiarando che fra gli intendimenti del governo nazionale è la difesa della razza contro i pericoli che la minacciano. Ha avuto parole di elogio per i funzionari che sopraintendono al funzionamento della istituzione ed ha terminato riaffermando il proprio convincimento nella loro preziosa collaborazione nell'interesse del Paese.

Ritiratosi il ministro, il presidente prof. Marchiafava ha commemorato con commosse parole gli scomparsi prof. Foà e ing. Giacchi, alle cui famiglie si è deliberato di inviare telegrammi di condoglianze.

Si è deliberato quindi di inviare un telegramma augurale all'illustre prof. Golgi che fu già presidente del Consiglio superiore.

Ha preso poi la parola il dott. Lutrario porgendo il saluto della Amministrazione al ricostituito Consiglio e uno speciale al suo nuovo presidente prof. Marchiafava ed al vice-presidente prof. Di Vestea, e ricordando con riconoscenza i membri che non fanno più parte del Consesso. Indi il prof. Lutrario ha fatto la consueta relazione sui fatti più importanti relativi alla sanità pubblica durante il 1923.

L'anno trascorso segna uno dei periodi più laboriosi negli annali della sanità in quanto fu caratterizzato dalla riforma degli ordinamenti sanitari, opera nella quale incidevano difficoltà insigni attinenti al bisogno di non ferire l'essenza dell'ordinamento sanitario che era congenitamente buono.

La riforma può essere considerata sotto l'aspetto istituzionale e sotto quello organico. A noi interessa soffermarci sulla parte istituzionale che riguarda i servizi.

I criteri informatori che dominano la riforma per questa parte si possono così riassumere:

I. *Coordinamento.* — La sanità nella parte che concerne la difesa della salute pubblica deve essere considerata come un organismo unico ed inscindibile, in cui le funzioni dei diversi organi sono armonizzate e collegate fra loro in guisa da formare una unità vitale, senza di che si avrebbero incidende, interferenze, sovrapposizioni inutili se non dannose. Con la nuova legge si determina che tutti i servizi igienico-sanitari, qualunque sia l'amministrazione pubblica che vi deve direttamente provvedere, devono essere coordinati ed uniformati — per quanto riguarda la tutela dell'igiene e della sanità pubblica — alle istruzioni del ministro dell'interno.

II. *Semplificazioni nella funzione di consulto.* — Tale obbiettivo è stato raggiunto anzitutto col sopprimere molte commissioni e corpi cui era demandata la funzione stessa. Unico superstite è il Consiglio superiore cui furono apportate cospicue modificazioni: nella struttura con la scomparsa di alcuni elementi e con l'aggregazione di nuovi rappresentanti di competenze che non avevano voce nel precedente Consiglio. Vi è largamente rappresentata l'Amministrazione, senza di che le deliberazioni avrebbero corso rischio di essere delle espressioni di astrazioni teoriche senza scendere nel pieno della realtà.

Altre modificazioni sono cadute nel campo delle sue attribuzioni col ridurre i casi di interventi obbligatori, trasformandoli in facoltativi, e collo sceverare le attribuzioni tecniche da quelle puramente amministrative o giurisdizionali. In quanto al funzionamento si è stabilito un sistema di convocazioni plenarie, parziali o di singoli gruppi di competenza, il quale offre all'Amministrazione una grande libertà di movimento che semplifica a dismisura la trattazione degli affari.

III. *Abbandono di attività ai margini delle industrie,* e cioè della preparazione dei disinfettanti da parte del Laboratorio chimico, e della fabbricazione e vendita dei vaccini e sieri da parte del Laboratorio batteriologico. Per far fronte alle prime esigenze che si potessero presentare si sono stabilite intese con gli Istituti più reputati affinchè abbiano sempre a disposizione del Ministero una scorta di vaccino jenneriano preventivamente controllato dai nostri Laboratori.

IV. *Semplificazione di procedure ingombranti e ritardatrici.* — Si sono sveltite le procedure pei mutui di favore, per la lotta contro la malaria, per la formazione della matricola per le tasse di farmacia, pel trasporto delle salme da una provincia all'altra, ecc.

V. *Decentramento.* — Secondo il concetto fondamentale della legge spetta agli organi centrali una funzione esclusivamente direttiva e coordinatrice, mentre agli organi periferici appartiene l'attuazione pratica delle provvidenze dirette alla soddisfazione delle esigenze locali. La catena però della gerarchia sanitaria subiva una soluzione di contiguità in corrispondenza del sottoprefetto. Alla lacuna si provvede con i medici circondariali, il che ha reso possibile un decentramento burocratico verso i sottoprefetti che diventano giudici di prima istanza, tramutandoli così di fatto e non soltanto di nome in organi importanti della gerarchia sanitaria. Questo congegno ha consentito di rendere definitivi una quantità di provvedimenti del prefetto scaricandone il Ministero, il quale, per la mancanza sovente di conoscenza delle condizioni locali, era costretto a provvedere secondo gli stessi elementi che forniva la Prefettura.

VI. *Concorso di energie nuove nel campo della sanità.* — La Provincia nel nuovo ordinamento as-

sume una figura di grande rilievo in confronto a quello che avveniva prima. La Provincia:

a) ha facoltà di intervento integratore nella lotta contro le malattie sociali. Per la tubercolosi è, anzi, obbligatorio;

b) ha facoltà di intervento anche contro le malattie comuni, sia con la creazione di locali di isolamento e stazioni di disinfezione, sia con la costituzione di condotte sanitarie;

c) in caso di bisogno tale intervento può divenire obbligatorio anche per tutte le altre malattie, può giungere perfino all'obbligo di sostituirsi al Comune. Notevole che il medico provinciale ne è il consultore nato.

Il nuovo sistema mantiene il centro di gravità dove è attualmente: il Comune, col vantaggio di non creare il disinteresse dei Comuni per i problemi di sanità i quali hanno un lato che riveste carattere eminentemente locale.

VII. *Un più organico assetto dei servizi di vigilanza igienica*, finalità questa che si tende a raggiungere mediante la istituzione di laboratori provinciali. Essi saranno a disposizione del medico provinciale e dell'ufficiale sanitario. Si colma così una lacuna: il medico provinciale ordinava le misure di profilassi, ma gli mancava lo strumento di esecuzione. Ove ne sia riconosciuta la necessità si potranno anche istituire sezioni di laboratori come anche è consentito ai Comuni maggiori di conservare il proprio laboratorio.

Per gli ufficiali sanitari si è stabilito di orientare la loro nomina (sempre per concorso) verso la riunione di più comuni; inoltre che essi abbiano i mezzi necessari di azione, e cioè un ufficio di igiene nei Comuni con oltre 20 mila abitanti, e più modesti negli aggregati minori. La nuova legge poi:

a) chiama l'ufficiale sanitario a far parte di diritto dei Consessi sanitari;

b) ne inquadra l'attività nel personale tecnico dello Stato, chiamando l'ufficiale sanitario del capoluogo a sostituire temporaneamente il medico provinciale;

c) ne disciplina lo stato giuridico;

d) ne definisce la dipendenza gerarchica e le attribuzioni;

e) determina gli stipendi minimi e i diritti a compenso in caso di prestazioni private.

VIII. *Un più saldo ordinamento dell'assistenza a domicilio.* — La legge pone il divieto assoluto delle condotte per la generalità degli abitanti. A temperare il passaggio brusco, sovratutto nelle regioni ove più profonde radici aveva messo la condotta piena, si è ricorso all'espediente del doppio elenco: uno dei molti poveri aventi diritto alla cura gratuita ed alle medicine: un altro dei meno poveri aventi diritto alla sola cura gratuita. A tutela degli abbienti si è poi stabilito l'obbligo di una tariffa proposta dai Consigli degli Ordini e da approvarsi dal prefetto.

Per tutte le categorie di sanitari (medici, veterinari, levatrici) la legge prevede gli stessi diritti e gli analoghi doveri, e cioè:

a) gli stipendi minimi;

b) lo stato giuridico;

c) il computo del servizio interinale nel periodo di prova.

IX. *Una maggiore ingerenza governativa nei riguardi degli Ordini dei sanitari.* — Nella considerazione che gli Ordini dei sanitari sono organizzazioni sanitarie non poteva prescindersi da una ingerenza amministrativa la quale era consacrata già dalla pratica. La nuova legge non ha fatto che rendere lo stato di diritto conforme a quello di fatto, disciplinando i limiti ed i casi di una più larga ingerenza governativa. L'esercizio di una professione sanitaria ha una parte che riveste carattere di pubblico servizio sanitario, il medico libero esercente è obbligato a denunziare i casi di malattie infettive, a collaborare con l'autorità sanitaria nell'attuazione delle misure di profilassi, a mettersi a disposizione dell'autorità stessa in caso di epidemie. L'esercizio quindi della medicina sotto tale aspetto non può sfuggire allo stretto controllo dell'autorità che ha il dovere e la responsabilità della salute pubblica. Principio questo che ha tradizioni in tutte le nostre legislazioni sanitarie anche le più antiche e persino in quella napoleonica del 1806.

X. *Uno spirito di più larga collaborazione nel campo della profilassi, chiamando a raccolta tutte le forze capaci di cooperare.* — I medici condotti saranno tenuti a concorrere all'esecuzione di provvedimenti di igiene e di profilassi nell'ambito della rispettiva sede.

I liberi esercenti saranno tenuti a concorrere alle prime misure di difesa, e all'ulteriore applicazione quando fosse necessario e in caso di estrema necessità e salvo i compensi adeguati al caso, a prestare la loro opera di assistenza a gruppi di popolazione che ne siano assolutamente mancanti.

I privati cittadini sono pure tenuti a collaborare in caso di epidemie con prestazioni conformi alla loro condizione, arte o professione.

XI. *Infine colmare alcune lacune* come quella dell'obbligo della vaccinazione jenneriana, e rendere *stabili talune norme* che avevano fatto buona prova durante la guerra, come quella relativa alla procedura abbreviata per la occupazione di private proprietà nello interesse della pubblica salute.

Il dott. Lutrario conclude questa parte della sua relazione dimostrando che dalla riforma l'Amministrazione della Sanità pubblica esce rinvigorita e rinsaldata, il che consente di guardare con fiducia all'avvenire sanitario del Paese.

Condizioni sanitarie all'estero. — La situazione sanitaria all'estero è sempre tale da destare legittima preoccupazione: la *peste bubbonica* domina il quadro in quanto mostra una decisa tendenza alla diffusione e alla costituzione di nuovi focolai.

Il *colera asiatico* che nel decorso anno ha avuto una sosta sembra che ora riprenda lena e tenda ad irradiarsi verso il Danubio.

La *febbre gialla* è segnalata sulle coste africane occidentali e nel Brasile.

Il *vaiuolo* permane tenace in Svizzera, in Inghilterra, negli Stati Uniti: vale a dire nei tre Stati nei quali la vaccinazione non si usa in modo uniforme obbligatorio.

Condizioni sanitarie del Regno. — La *difterite* ha segnato una diminuzione. La *febbre tifoide* ha avuto nel 1923 un andamento pressochè consueto. I focolai più importanti si sono rilevati in piccole

borgate e in Comuni rurali in rapporto a condizioni ambientali speciali. La *dissenteria bacillare* ha dato manifestazioni circoscritte nel Piemonte, nel Veneto e in poche altre località. La *dissenteria amebica* è più diffusa di quanto si ritiene perchè passa non di rado inosservata. I dati finora raccolti dimostrano che soltanto in poche località esisterebbero dei focolai e propriamente nelle provincie di Bologna, di Calabria e di Siracusa. Qualche segnalazione si ha anche nella provincia di Roma e di Perugia. A queste località convergono le cure della Direzione generale allo scopo di bonificare i focolai. La *febbre mediterranea* va diffondendosi per cui si è provveduto a disciplinare nelle provincie della Sicilia lo spaccio del latte di capre, suggerendo l'uso più largo della *lattorcazione* al fine di escludere dalla vendita il latte di capre che risultassero infette da micrococco melitense. Però si è osservato che non sono soltanto le capre maltesi a diffondere la malattia, ma anche gli altri animali lattiferi. Inoltre si è prospettato un altro problema di grande importanza etiologica, e cioè se e quale rapporto esiste tra il micrococco melitense e quello dell'aborto epizootico (Bang), che si ritiene molto affine al primo. Ricerche sono avviate sull'argomento.

La *meningite cerebro-spinale epidemica* è stata segnalata con 368 denunzie, ma si è trattato in gran parte di casi isolati non accertati con indagini di laboratorio e che non furono accompagnati da costituzioni di focolai epidemici.

L'*influenza* ha avuto una diffusione più accentuata in tutto il Regno e a preferenza nell'Italia settentrionale e centrale, però con minore frequenza di forme gravi. La *encefalite letargica* è stata segnalata con un minor numero di casi in confronto all'anno precedente.

Le malattie esantematiche, *morbillo* e *scarlattina* presentano pure un aumento. Il *vaiuolo* ha dato piccole manifestazioni qua e là e dovute quasi sempre al mancato riconoscimento dei primi casi insorti in forma anormale. Il dott. Lutrario cita gli episodi di Torino e di Venezia in cui i primi casi insorsero in forma incerta in persone provenienti dall'estero; gli energici provvedimenti adottati e specialmente il rigoroso isolamento e le estese vaccinazioni hanno potuto in breve soffocare i focolai epidemici. Attualmente le condizioni sanitarie sono tornate normali.

La *pellagra* è in continua diminuzione dappertutto; così pure la *malaria* ha accentuato la sua fase di attenuazione. I morti ammonterebbero a circa 2300, numero che è inferiore a quello degli anni precedenti e che molto si avvicina a quello del 1914 che rilevò la quota più bassa dell'ultimo trentennio.

Per la lotta contro la *tubercolosi* è sorto in questi ultimi anni un complesso di mezzi diretti (dispensari, sanatori, ospedali e sezioni ospedaliere, ospizi marini, colonie montane e campestri, ecc.) che desta fede nei risultati migliori.

Il dott. Lutrario accenna poi ad altri argomenti (cancro, tracoma, malattie veneree, lebbra, gozzo, ecc.) che si riserva di fare oggetto di speciali trattazioni.

Mortalità. — Il polso della situazione, nel suo esponente più espressivo, è dato dalla mortalità generale: ora la mortalità in Italia si è abbassata considerevolmente. Già nel 1920 aveva raggiunto la bassa quota di 18.77 %; la discesa è continuata negli anni seguenti; nel 1921, 17.43; nel 1923, 17.70; nel 1923, 16.48. Il ritmo di discesa della mortalità è stato più accelerato di quello della natività, di guisa che nella composizione media della popolazione italiana troviamo ancora un grande numero di bambini; numero di bambini proporzionalmente assai superiore a quello che si trova in molti altri grandi paesi più progrediti in igiene. Ora, supponendo per mettere il calcolo sul piede di una rigorosa comparabilità statistica che in quei grandi paesi scelti pel confronto si riscontri la stessa alta proporzione di bambini che riscontriamo in Italia o pure applicando a ciascun paese il quoziente di mortalità infantile che gli è proprio, si rileva che l'Italia non è vinta da alcuno di essi per la bassa quota di mortalità. E il confronto sarebbe anche più vantaggioso se si potessero istituire dei calcoli di correlazione utilizzando delle variabili (emigranti, malati provenienti dall'estero, ecc.) che ora ci sfuggono. Se si ricerca quante sono le vite sottratte alla morte in confronto a quelle (27.99 per mille) che erano nel 1887, anno precedente alla prima riforma sanitaria, si trova che esso ha sorpassato nel decorso anno il mezzo milione. Questa diminuzione trova riscontro in tutti gli altri indici misuratori della vita del popolo italiano (vita media, vita probabile, età media dei morti, ecc.).

Il dott. Lutrario si riserva di tornare sull'argomento quando sarà terminato lo studio da lui disposto sull'andamento della mortalità nei centri con più di 50.000 abitanti.

Il punto nero è la mortalità infantile: la statistica non è ancora completa, ma probabilmente deve aggirarsi intorno a 123 per 1000 bambini nel primo anno di vita. Vero è che anche in Italia si sono conseguiti anche sotto questo aspetto progressi notevolissimi, ma molto si può ancora fare, ed occorre richiamare intensamente l'opinione pubblica affinchè tutte le energie siano mobilitate a questo scopo. Il dott. Lutrario ritiene che bene farebbe il Consiglio se volesse investirsi di questo studio, incaricando una Commissione la quale si assuma il compito dello studio della questione ed additi a suo tempo i rimedi.

Il dott. Lutrario fa infine rilevare come la Direzione generale della Sanità vada allargando sempre più la sfera di azione, entrando decisamente anche in altri campi non mai prima esplorati, ma più specialmente soffermandosi nel campo delle malattie sociali.

La *propaganda igienica* costituisce sempre presso di noi il più imperioso bisogno della profilassi sociale.

Se si vuole trasformare la collettività infondendole una diversa educazione igienica, occorre anche trasformare l'individuo. La scuola deve costituire il più fecondo campo di igiene e la Direzione generale della Sanità non ha mai cessato di invocare le maggiori e più attive cure della Pubblica

istruzione, offrendo tutta la sua più attiva collaborazione.

Il dott. Lutrario conclude affermando che occorre che allo impulso dello Stato rispondano le iniziative private. La Sanità pubblica, conscia dei suoi doveri, accesa di inesausto entusiasmo, svolge la sua attività silenziosa e raccolta, e conforta la opera ricostruttrice del Governo nazionale per attingere nuove soglie di civiltà e di progresso. Esprime la fede che in quest'opera ardua e difficile l'Amministrazione della Sanità troverà l'ausilio e il conforto della illuminata esperienza e della più solidale collaborazione nel rinnovato Consiglio, auspice e custode delle più pure tradizioni del divenire sanitario della Patria.

Il Consiglio, unanime, accoglie con applausi calorosi le dichiarazioni del direttore generale, manifestando la sua viva soddisfazione per l'importante esposizione la quale fu oggetto di elevata discussione, alla quale parteciparono numerosi consiglieri.

MAGGIORA elogia la riforma degli ordinamenti sanitari, che esamina partitamente, e specialmente il principio del coordinamento; desidera che la relazione del dott. Lutrario venga pubblicata sia nell'interesse della scienza che dell'insegnamento.

DI VESTEA conviene che sia necessario intensificare il lavoro degli Istituti universitari di igiene per preparare i giovani che vogliono dedicarsi alle carriere igienico-sanitarie. A proposito di una epidemia di tifo nel Riformatorio di Pisa, ritiene che i medici di siffatti istituti debbano essere anche igienisti. Dice che l'educazione civile del popolo dal punto di vista igienico si deve ottenere con la educazione scolastica, perciò occorre che i maestri abbiano un'istruzione igienica. Propone che gli aiuti finanziari dello Stato per miglioramenti di edifici scolastici debbano essere accordati solo quando una Commissione scolastica abbia dato la direttiva preventiva della riforma.

L'on. BELLONI raccomanda il problema degli asili infantili, che debbono essere considerati come organi educativi, e quanto alla propaganda igienica si domanda se lo Stato la fa: occorre che il popolo conosca finalmente il lavoro della Sanità pubblica.

VACINO, come rappresentante degli Ordini dei medici, approva la riforma sanitaria in quanto i medici sono chiamati a cooperare alla redenzione igienica del Paese. Fa delle riserve però sull'elenco degli aventi diritto all'assistenza medico-chirurgica gratuita, distinta da quello della somministrazione gratuita dei medicinali, come pure sulla facoltà attribuita ai prefetti di requisire i medici liberi. Raccomanda che nel regolamento siano introdotte norme rigorose e precise per evitare abusi.

TORTI ritiene che i veterinari siano rimasti danneggiati in quanto che essi non possono, per le lauree che attribuisce loro una competenza specifica, essere subordinati ad altre classi sanitarie.

LEVI spera che il Consiglio superiore di Sanità si riunisca più spesso e che le principali disposizioni riflettenti la sanità pubblica siano prima discusse in Consiglio. Desidererebbe che gli atti delle sedute fossero pubblicati. Ritiene che si debba prendere in seria considerazione il problema della assistenza sanitaria ospitaliera come pure quello dell'infanzia. A nome del Comitato direttivo della Lega italiana contro il pericolo venereo chiede che la pubblicazione di annunzi a pagamento relativi a medicamenti e metodi di cura vantati come miracolosi sia precedentemente sottoposta all'approvazione dei locali Ordini dei medici.

MANFREDI chiede chiarimenti sul nuovo testo unico delle leggi sulle bonificazioni in relazione alle preesistenti disposizioni sui Consorzi di piccola bonifica. Circa l'igiene scolastica rileva due contraddizioni, cioè che l'insegnamento dell'igiene nelle scuole elementari dovrebbe essere fatta da maestri i quali invece sono completamente impari allo scopo, e che specialmente nel Mezzogiorno manchi la casa della scuola.

VIVANTE parla sui danni igienici che consegue all'attuale affollamento nelle case. Ritiene che lo Stato dovrebbe dare mutui per la costituzione di case a piccoli appartamenti e che le Provincie e i Comuni dovrebbero concorrere al pagamento dei fitti per le famiglie più povere. In quanto al lavoro industriale la legge in proposito ha mancato ai suoi scopi perchè all'Ispettorato centrale non corrispondono gli organi tecnici alla periferia e la possibilità degli Uffici di igiene di supplire a queste deficienze viene anzi intralciata.

VALAGUSSA riconosce che la ignoranza popolare ha un gran peso sulla mortalità dei bambini, la quale in gran parte è dovuta a malattie dell'apparato digerente. Ricorda le benemerenze del dott. Lutrario pel rifornimento del latte durante la guerra ai bambini e agli ammalati. Il nuovo regolamento sui Brefotrofi segna un passo indietro nell'oscurantismo igienico: non appena esso è stato applicato è aumentata la mortalità infantile. Vorrebbe che anche in Italia vi fosse una legge come in Francia che stabilisce che prima dei sei mesi non è permesso l'allattamento mercenario.

CHIARIA non ha udito parlare delle specialità medicinali per le quali ritiene che esista un progetto di legge. Dice che vi è una farraggine di specialità che non hanno nulla di speciale e che si fanno largo solo a forza di pubblicità. In quanto alla tariffa dei medicinali è di avviso che si debba dare ai Prefetti la facoltà di aumentare o diminuire i compensi professionali a seconda delle esigenze locali. È contrario alla tariffa speciale di vendita per le farmacie municipali. Chiede che sia ben specificato nel regolamento che il trasferimento di una farmacia da una sede all'altra possa autorizzarsi solo quando in nessun altro modo sia possibile provvedere alla assistenza farmaceutica. Raccomanda la repressione del dilagante esercizio abusivo delle arti sanitarie.

QUERCIA accenna agli elenchi dei poveri: l'O. vorrebbe che fosse stabilita esattamente la definizione di povero agli effetti dell'assistenza sanitaria. Aggiunge se non sia il caso di fissare un minimo di percentuale al farmacista nella vendita delle specialità. Lamenta che sussistano ancora in alcuni luoghi gli armadi farmaceutici.

ASCOLI ritiene che dovrebbero essere stabilite le circostanze e le modalità nei cui limiti l'Ufficiale

sanitario Comunale possa prendere provvedimenti di prima necessità. Si augura che torni al medico provinciale la sua funzione tecnica, che esso sia selezionato con criteri rigorosi e che il suo ufficio sia completato con personale amministrativo e di ordine, in modo che egli abbia agio e tempo per provvedere alla tutela igienica della provincia. Crede che bastino uno o due medici circondariali per provincia e che debbano essere disciplinati i rapporti fra i medici provinciali ed ufficiali sanitari. L'esperienza dimostrerà se le due categorie debbono fondersi per integrazione dei servizi. Teme che per deficienza di mezzi finanziari i consorzi antitubercolari andranno verso il fallimento. Ritiene opportuno che le provincie non inizino l'opera loro con la istituzione di nuovi laboratori e crede preferibile che si utilizzino quelli esistenti. Invece è indispensabile disseminare piccoli reparti per l'isolamento rapido di malati infettivi. La persistenza della febbre tifoide dimostra la necessità di dare efficacia all'ordinamento sanitario Comunale e Provinciale.

In quanto alla febbre mediterranea il problema della sua propagazione è ancora aperto. In questi ultimi anni ha osservato in Roma e Provincia molti casi di ittero infettivo: non gli è riuscito di dimostrare la presenza dello spirochete. L'amebiasi è diffusa più di quanto non si crede: sarebbe opportuno che i medici si addestrassero alla ricerca dell'ameba. Conclude richiamando l'attenzione sulla deficienza culturale dei medici in materia di diagnosi delle malattie infettive e contagiose. Nella sua clinica ha istituito un piccolo reparto per addestrare i giovani in tali diagnosi.

MORPURGO, dimostra che le carriere igienico-sanitarie non offrono allettamenti per i giovani medici. Lamenta come il sorgere di sanatorii sia ostacolato dai proprietari che non vogliono cedere le loro terre. Parla del cancro e sostiene che compito nostro è quello di indicare le vie più sicure per arrivare alla diagnosi precoce, per il che non vi è che la biopsia. Raccomanda perciò che sia favorito il sorgere di centri diagnostici pel cancro.

CASAGRANDI conferma la impreparazione degli aspiranti alle carriere igienico-sanitarie. Dice che il vaccino jenneriano dovrebbe essere spedito alle Provincie solo al momento del bisogno perchè se non è tenuto in ghiacciaie diventa inefficace. Sarebbe opportuno che un ispettore centrale controllasse frequentemente le disponibilità dei vaccinogeni. Parlando delle piccole bonifiche osserva che spesso alla periferia delle città site in zone malariche si trovano bambini portatori di parassiti ma senza febbre. Per la diagnosi di dissenteria amebica è inutile la ricerca delle cisti. Circa la febbre mediterranea crede che il bacillo di Bang non abbia nulla a che fare con quello di Bruce, e che la malattia sia trasmessa per mezzo della *stegomyia fasciata* e della *mosca pungente*.

Il problema della casa, della scuola, potrebbe risolversi con le scuole all'aperto.

PIRONTI fa presente che con la riforma legislativa il concetto di pubblica beneficenza si è allargato nel senso cioè anche di *assistenza;* per povero non si intende l'indigente, poichè l'obbligo dell'assistenza è esteso a tutti coloro che ne hanno bisogno e diritto. Il vero difetto dell'assistenza ospitaliera è che mancano ospedali in molte regioni, per cui il problema diventa d'indole economica.

In quanto all'assistenza agli esposti, prima dell'attuale regolamento non esisteva che un articolo della Legge Comunale e Provinciale. Il regolamento fu compilato da una Commissione competente. Non si è potuto imporre l'obbligo di dare il bambino alla madre ostandovi una disposizione del Codice Civile.

Per incoraggiare le madri a tenere i propri bambini occorre aiutarle economicamente e quindi creare istituzioni che facciano ciò.

Le statistiche riferite dal Valagussa non sono probative in quanto che per fare il confronto fra la mortalità che si verifica nei brefotrofi in cui è obbligatorio l'allattamento materno e quella che si verifica nei brefotrofi ove tale obbligo non sussiste non si deve limitare l'indagine nel primo caso ai soli bambini allevati al seno della madre ma estenderlo anche agli altri che tale ventura non hanno.

Si vedrà allora che effettivamente la differenza sussiste ma non attinge le alte proporzioni che sono state denunciate.

In quanto agli asili infantili non crede opportuno avocarli allo Stato per evitare che si inaridisca la pubblica beneficenza a loro favore. Quindi se sotto i riguardi didattici gli Asili infantili devono dipendere dal Ministero della P. I., nei riguardi amministrativi è bene rimangano al Ministero dell'Interno.

In quanto ai manicomi, se sotto l'aspetto scientifico il malato di mente dovrebbe essere considerato come un malato comune ciò non è possibile sotto l'aspetto economico per cui è necessario limitarsi alla pericolosità.

SCLAVO si associa al Valagussa nella critica dei brefotrofi. Raccomanda la vigilanza sul latte. Lamenta l'abbandono che si fa dell'educazione fisica.

Alle varie osservazioni fatte ha risposto il Direttore Generale dichiarando anzitutto la sua riconoscenza per le espressioni di elogio e di consenso ricevute dalla generalità dei consiglieri. Ricorda la grande importanza che ha la statistica, anche se approssimativa, in materia di sanità: essa fruga nei fenomeni sociali ed addita la via anche all'uomo di laboratorio.

Nella scomparsa dei focolai infettivi non bisogna tenere conto dei soli fattori noti ma anche di quelli ignoti. Questi ultimi agiscono come eccitatori, creando condizioni di predisposizione locale o di immunità. In quanto alla pubblicazione e alla diffusione della sua esposizione raccomandata da alcuni Consiglieri, il dott. Lutrario assicura che essa verrà fatta. Ma a questo proposito non può astenersi dal domandarsi: quanti la leggeranno? E qui appare la questione della educazione igienica. In molti desta scarso interesse, perchè non tutti comprendono la importanza non pure sanitaria ma economica che si cela dentro le constatazioni che sono state rilevate. Finchè non avvenga questa trasformazione dello spirito pubblico, il nostro lavoro sarà assai arduo. La Direzione Ge-

nerale della Sanità aiuta moltissime Istituzioni e spesso il suo aiuto non è nemmeno ricordato.

Il dott. Lutrario conviene che il Consiglio Superiore si sia riunito piuttosto di rado ma fa presente che si è attraversato un periodo di riforma in cui incidevano lavori così pressanti da impedire quel normale svolgimento di attività che avrebbe consentito maggiore frequenza. L'esame preventivo dei disegni di legge da parte del Consiglio Superiore, quando è stato possibile, si è fatto ma non bisogna dimenticare che la preparazione dei disegni di legge è prerogativa del potere esecutivo o di quello legislativo, trattasi, cioè, dell'esercizio di una facoltà che non può essere vincolata all'obbligo di un avviso preventivo. In quanto alla pubblicazione dei verbali, osserva che il Consiglio emette dei pareri che possono venire accolti o no: in caso di disaccordo la pubblicazione renderebbe palese il conflitto di vedute. Tuttavia non è contrario.

Passando al reclutamento del personale osserva che se esso è impreparato ciò dipende in parte dagli ordinamenti scolastici, in parte dalla scarsa attrazione delle carriere igienico-sanitarie. Le condizioni di carriera degli ufficiali sanitari sono state ora migliorate. Per i nuovi concorsi pregherà i professori di igiene di tenere dei corsi accelerati di perfezionamento.

In quanto ai medici provinciali ne mette in evidenza la caratteristica e la molteplicità delle attribuzioni e assicura avere intendimento nei limiti delle possibilità di chiamarli a prestare temporaneamente servizio presso i laboratori della Sanità od altri Istituti di Stato, per mantenere vivo in essi il contatto col rapido progredire della scienza.

In quanto all'igiene scolastica spera che i corsi di igiene negli Istituti magistrali saranno ripresi. Il problema della casa della scuola è formidabile. Alla fine del 1922 le scuole esistenti nel Regno erano 82.854; di cui 45,655 erano state costruite o comunque riattate con una spesa globale di 366 milioni. Ne rimangono ancora da sistemare 37,199. Come si vede qualche cosa si è fatto. Le scuole all'aperto non risolvono completamente il problema, poichè richiedono a lato le scuole ordinarie per quando la stagione è fredda o cattiva. Alla deficienza di medici scolastici per la vigilanza igienica sugli scolari suppliscono gli ufficiali sanitari. Ora poi verrà addetto ad ogni Provveditorato agli studi un medico provinciale.

Per l'educazione fisica si va costituendo un ente nazionale che disciplinerà le numerose energie sparse; se ne occuperà il GUERRA, che è un apostolo: assicura che da parte della Sanità pubblica non mancherà il suo efficace incoraggiamento.

In quanto ai Laboratori si è osservato che sarebbe bene servirsi di quelli esistenti, fra cui gli universitari. Ciò si fa, ma essi hanno una distribuzione geografica molto irregolare, per cui gruppi di provincie ne sono sprovvisti; hanno inoltre finalità diverse, nè sempre funzionano durante tutto l'anno. Per cui i Laboratori provinciali colmeranno una grave lacuna, anche pel fatto che il medico provinciale non aveva uno strumento di esecuzione. Per l'istituzione dei locali di isolamento l'intervento della Provincia, occorrendo, diventa anche obbligatorio. Il direttore generale aggiunge che incoraggerà le istituzioni di reparti di malati infettivi presso tutte le cliniche.

È stato asserito che i Consorzi antitubercolari dispongono di mezzi esigui per cui poco possono fare; ma il dott. Lutrario cita ad esempio quello di Roma che già dispone, per contributo dei Comuni e della Provincia, di L. 250,000 annue e trova che non è poco per due ragioni:

a) il Consorzio non è un ente finanziatore, bensì propulsore e coordinatore; *b*) si tratta di enti giovani per cui non è prudente affidare loro grandi somme. In ogni caso vi è sempre la Provincia che ha l'obbligo di integrare la loro opera.

Passando alla febbre tifoide è stato detto che essa costituisce l'indice della civiltà di un popolo. È vero: dobbiamo, però, fare i conti con i fattori di predisposizione locale. Ma anche in essa si è avuto una notevole diminuzione indicata dalla mortalità che dal 1888 al 1918 è diminuita di quasi il 70 per cento.

In quanto alla diagnosi della amebiasi intestinale il dott. Lutrario conviene nella utilità di brevi corsi per apprendere la tecnica dell'esame delle feci. Essi si potrebbero abbinare con i corsi per ufficiale sanitario che si tengono negli Istituti di igiene.

D'*ittero spirochetico* si ebbe una epidemia nel Viterbese con localizzazione elettiva a Ronciglione dove fu distaccata una sezione del Laboratorio batteriologico. Circa la genesi del morbo si segnalò da molti la circostanza di una forte moria di topi che lo precedette. Dati certi però sull'indole di questa epizoozia non si posseggono.

La *Leishmaniosi infantile* è accertata in Sicilia e in Calabria. Non consta che si sia manifestato un aumento considerevole in questi ultimi anni.

L'aumento segnalato da alcuni pediatri sembra che debba riferirsi al fatto che ora la malattia è più facilmente riconosciuta dai medici e quindi più desta l'attenzione.

Le disposizioni riflettenti la piccola bonifica elaborate dalla Direzione generale della Sanità furono incorporate nel nuovo T. U. delle leggi sulle bonificazioni delle paludi e dei terreni paludosi, di cui costituiscono il tit. IV; esso determina:

a) che le opere di piccola bonifica per la finalità loro prevalentemente igienica siano progettate dal genio civile, ma su richiesta delle autorità sanitarie, e che nella loro esecuzione siano osservate le istruzioni del Ministero dell'interno e le indicazioni del medico provinciale e dell'ufficiale sanitario;

b) che siano favoriti col concorso dei Ministeri interessati gli studi e le provvidenze per la lotta antimalarica;

c) che mediante corsi teorico-pratici si formino le maestranze esecutive necessarie per una razionale lotta antimalarica.

A nessuno può sfuggire la importanza veramente eccezionale di questo complesso ed organico provvedimento legislativo, che rappresenta una notevole affermazione del «dovere antimalarico» al

quale il governo vuol dedicare ogni più fervida sua attività.

Passando all'assistenza pubblica il dott. Lutrario si associa a quanto ha detto il sen. Pironti sul regolamento per i Brefotrofi. Anche egli è partigiano dell'allattamento materno, ma le disposizioni in vigore del Codice civile hanno impedito di fare differentemente di quello che si è fatto col regolamento. In quanto all'assistenza ospitaliera la presenza del direttore generale dell'Amministrazione civile è un pegno di una più vicina collaborazione.

Passando all'igiene alimentare il così detto regolamento Crespi, che fu proposto dalla Direzione generale della Sanità relativo al latte rigenerato, per cui doveva considerarsi come adulterato quando in seguito alla diluizione di quello condensato contenesse meno del 3 per cento di sostanze grasse, è stato trasfuso nella nuova legge sanitaria.

Le disposizioni relative all'*esercizio delle professioni sanitarie* hanno dato luogo alla manifestazione di qualche preoccupazione da parte dei rappresentanti degli Ordini. Il dott. Lutrario osserva che non dobbiamo giudicare il valore di una disposizione alla stregua degli inconvenienti che potrebbero nascere dalla sua inosservanza.

Pel passaggio dal vecchio al nuovo stato di cose circa le condotte occorrevano dei temperamenti, anche nell'interesse stesso dei medici condotti, onde l'opportunità del doppio elenco. Il direttore generale assicura che con il regolamento relativo saranno dettate norme precise per evitare abusi. Circa la tariffa per gli abbienti lo Stato non poteva non preoccuparsi del pericolo del monopolio là dove il medico è unico.

L'avere mantenuto nella nuova legge la disposizione adottata in tempo di guerra della requisizione dei medici non può nè deve dare luogo ad alcuna preoccupazione: d'altra parte lo Stato non poteva disinteressarsi della necessità di provvedere l'assistenza sanitaria a gruppi di popolazione che ne fossero del tutto privi e non vi fosse assolutamente altro modo di provvedere. Comunque a questa facoltà della quale lo Stato non ha finora fatto uso, non si ricorrerebbe che in casi eccezionali e per la durata strettamente necessaria per provvedere in altro modo.

In quanto ai veterinari essi sono stati completamente equiparati nel trattamento ai medici. Rimane la questione dei rapporti tra veterinari e medici, al quale proposito il dott. Lutrario dice che sotto l'aspetto gerarchico la parte direttiva e rappresentativa deve rimanere al medico, ma sotto l'aspetto esecutivo occorre distinguere: vi sono le zoonosi, e qui la competenza è comune; vi è poi una parte che riguarda le malattie esclusive del bestiame, e qui il veterinario ha un campo proprio nel quale deve essere lasciato libero con le sue facoltà e le sue responsabilità. Ma questa autonomia tecnica non deve suonare dissociazione e tanto meno secessione. Noi dobbiamo tendere alla unione delle energie e non alla loro disgregazione.

Per la repressione dell'esercizio abusivo delle arti sanitarie è pronto un disegno di legge che si spera di poter presentare al Parlamento appena saranno rimosse alcune difficoltà sollevate dal Ministero della Giustizia.

In quanto alle *farmacie* la tariffa è oramai pronta; essa è la prima in cui il farmacista venga trattato come professionista.

Per quel che ha tratto alla provvigione nelle specialità la questione è delicata. La specialità non costituisce un medicamento indispensabile: inoltre una disposizione che imponesse una determinata provvigione costituirebbe un assurdo giuridico ed economico in quanto sancirebbe il principio dell'intervento dello Stato in un contratto di indole assolutamente privato.

In quanto alla crisi delle abitazioni lo Stato molto ha fatto con la legge del 31 maggio 1903, mediante la quale si sono costruiti in 406 Comuni 153,000 vani con una spesa di 626 milioni di lire, e ciò a prescindere dai finanziamenti per le case per impiegati.

In quanto all'igiene del *lavoro* conviene nella necessità di una collaborazione assai più stretta di quella avutasi in passato. Del resto l'art. 1 della nuova Legge dichiara tale necessità esplicitamente. Non pertanto occorre andare cauti per non ferire il sentimento di autonomia di cui sono gelosi custodi i preposti ai servizi del lavoro. Ricorda che nella Conferenza di Londra si durò grande fatica per trovare una formula che consentisse in qualche modo un intervento della organizzazione sanitaria della Società delle Nazioni nell'Ufficio Internazionale del Lavoro.

Il dott. LUTRARIO conclude non senza rilevare come l'ampia discussione abbia dato la prova dell'alto interessamento del Consiglio il che conforta e infonde vigore alla Sanità Pubblica nel suo aspro cammino.

Il Consiglio poi prosegue nei suoi lavori.

Il Consigliere prof. MANFREDI riferisce sulla modifica al paragrafo 9 delle istruzioni annesse al D. M. 30 aprile 1921 concernente le acque minerali e propone che per quanto riguarda le acque minerali naturali gasate artificialmente oltre i limiti dei gas contenuti alla sorgente possa sostituirsi alla locuzione «gasata artificialmente» l'altra di «addizionata di gas acido carbonico» ovvero «con aggiunta di gas acido carbonico» purchè tale frase figuri in modo evidente o nel corpo centrale dell'etichetta o nello spazio riservato all'analisi chimica, ma in modo marcatamente separato da essa in guisa da non ingenerare equivoco.

In quanto poi alle etichette propone che siano vietate su esse le frasi: indicanti la superiorità dell'acqua su altre acque minerali come pure qualsiasi altra affermazione che abbia scopo reclamistico e che in caso di pubblicazioni di analisi chimiche o batteriologiche, sia indicato il Laboratorio dove l'analisi fu fatta.

Il Consiglio approva le conclusioni del relatore.

Il prof. MANFREDI riferisce pure su alcune modificazioni alle disposizioni in vigore circa la vigilanza sanitaria sul mais proponendo che sul granoturco che riunisce in grado sufficiente caratteri di maturità e buona conservazione non sarà tollerata una quantità di cariossidi guasti superiore al 5 %:

tale limite potrà essere elevato al 10 % qualora l'alterazione delle cariossidi stia solo in rapporto con l'azione di insetti. Il granoturco si riterrà nocivo se conterrà una quantità di ceneri superiore al 3,5 % di sostanze secche. Il Consiglio approva questa conclusione.

Il Consigliere prof. MAGGIORA riferisce a nome dell'apposita Commissione sull'igiene oculare dei neonati con particolare riguardo alla profilassi della oftalmoblenorrea e propone:

a) obbligo per quanto è possibile della visita da parte di un medico di tutte le gestanti nel nono mese;

b) obbligo in via generale della istillazione da parte della levatrice di un paio di gocce di soluz. di nitrato di argento all'1-1 ½ % nel sacco congiuntivale di ogni neonato. A questo obbligo potrà venirsi meno nei casi nei quali il medico che abbia visitato la madre dichiari che la istillazione suddetta può essere tralasciata;

c) frequenza di un breve corso pratico per l'assistenza oculare ai bambini da parte delle allieve levatrici.

Segue una importante discussione con l'intervento dell'on. prof. CIRINCIONE il quale dimostra l'importanza della visita prenatale, perchè anche dove vi è una blenorragia leggerissima si può avere una oftalma gravissima e quando è avvenuta la oftalmite se si indugia 4 o 5 giorni a curarla si ha una cecità sicura.

Nelle città la visita viene praticata generalmente, ma nelle campagne dovrebbe farsene obbligo ai medici condotti. Assicura che la istillazione della soluzione di nitrato di argento nella congiuntiva è innocua e dice che essa deve precedere il lavaggio del bambino.

Alla discussione prendono parte i consiglieri ASCOLI, CASTIGLIONI, DE CAMILLIS, SCLAVO, LEVI, VALAGUSSA, PIRONTI.

Il dott. LUTRARIO riassume la discussione nel senso che non può imporsi la obbligatorietà della visita alle gestanti, ma solo consigliarsi e che la istillazione della soluzione di nitrato di argento nella congiuntiva è innocua. Propone che si lasci al Ministero di studiare la forma giuridica da dare alle relative disposizioni da introdursi nel Regolamento. Il Consiglio approva le proposte della Commissione e del Direttore Generale.

BELLONI, riferisce su alcune modificazioni al R. D. 7 gennaio 1923 sui colori nocivi nel senso di dare una maggiore estensione all'elenco dei colori permessi e per alcune modifiche alle disposizioni del Regolamento speciale di vigilanza igienica 3 agosto 1890, che per la stretta attinenza ed affinità di materia figurano nel decreto sopracitato. Il Consiglio approva le conclusioni in tale senso del referente.

SCLAVO, riferisce sul siero-vaccino per la cura antirabica a domicilio. Ritiene che il trattamento del prof. Fermi abbia a riuscire di regola meno utile di quello Pasteur e che un qualche pericolo possa talora presentarsi per l'uso in principio di cura di vaccini troppo attivi. Conclude che prima di accordare la concessione di vendita al pubblico del siero-vaccino Fermi si debba attendere una più estesa e più precisa documentazione statistica del suo valore.

Aperta la discussione prendono la parola i consiglieri DI VESTEA che si dichiara poco favorevole alle cure a domicilio ed insiste nella intensificazione dei mezzi profilattici; LANFRANCHI, che ritiene che la vaccinazione preventiva nei cani varrà a limitare la diffusione della malattia; CASAGRANDI che il vaccino fenicato da virus fisso trasforma i cani in portatori; SCLAVO che vorrebbe una maggiore vigilanza sugli istituti antirabici e che ai cani dovesse essere applicato un collare col nome del proprietario e che il loro numero diminuisse essendo essi trasmettitori di varie malattie.

Il Direttore Generale riassume l'opera del Ministero perchè siano ovunque applicate le disposizioni profilattiche contro la rabbia, le quali in talune città furono ostacolate da Società di protezione di animali. Dopo di che il Consiglio approva la proposta del Consigliere Sclavo.

DI VESTEA riferisce sulla industria della lavorazione delle foglie di tabacco e conchiude proponendo la iscrizione degli stabilimenti nei quali si lavorano le foglie di tabacco fra le industrie insalubri e pericolose. Il Consiglio approva le conclusioni del relatore.

LEVI riferisce sulla produzione e sulla applicazione degli apparecchi ortopedici in genere e dei cinti erniari in specie e conclude per la regolamentazione della materia la quale dovrebbe essere fondata sui seguenti principii:

a) autorizzazione all'esercizio in base ad esami teorici e pratici;

b) costruzione degli apparecchi in seguito a prescrizione medica;

c) loro collaudo da parte del medico prima dell'applicazione.

Aperta la discussione DI VESTEA rileva che vi sono molti individui che ignorando di essere sifilitici vanno dall'ottico, avendo constatato un indebolimento della vista. E intanto continuano ad infettare la famiglia.

Il Consiglio approva le conclusioni del prof. LEVI.

Il Consiglio poi passa all'esame di molteplici ricorsi in materia di provvedimenti disciplinari, di aumenti di stipendio, di applicazione della Legge sulle farmacie, e dà parere su modificazioni a regolamenti di manicomi, su domanda di autorizzazione alla vendita di varie acque minerali, di apertura di stabilimenti termali, ecc.

* * *

Esaurita la trattazione dell'Ordine del giorno, il Consiglio ha infine approvato i seguenti voti proposti da varii Consiglieri:

che sia reso obbligatorio per tutti gli avviati alla carriera magistrale un regolare insegnamento d'igiene su uniforme adatto programma da impartirsi da medici igienisti di specifica competenza (Di Vestea, Sclavo, Maggiora);

che sia dovunque assicurata una seria vigilanza medico-igienica sulle scuole (idem);

che sia dato il maggiore sviluppo alle scuole all'aperto e alle colonie di vacanze e, come prima

lo consentano le condizioni del bilancio, si aumenti il fondo per mutui di favore e sussidi circa l'edilizia scolastica onde si affretti il momento che il più modesto Comune rurale abbia la casa della scuola (idem);

che il Governo con azione continuata e con mezzi sufficienti assuma tutta intera la diretta responsabilità nell'ordinare e svolgere la educazione fisica (Sclavo);

che nell'attuale riforma sulla istruzione superiore si provveda a che l'insegnamento dell'igiene da affidarsi ad igienisti e gli esami relativi siano resi obbligatori in tutti i Politecnici (Manfredi);

che venga al più presto compilato ed approvato un regolamento sull'igiene del lavoro il quale oltre ad accogliere norme generali e speciali per l'impianto e l'esercizio delle grandi e piccole industrie precisi e coordini l'azione dei funzionari dipendenti dal Ministero dell'Interno e da quello dell'Economia Nazionale per modo che essa non trovi gli ostacoli che oggi le provengono da parte degli interessati (Vivante, Sclavo);

che il Governo voglia, mediante sollecite e rigorose disposizioni, intensificare le cautele perchè chi richiede la patente di conduttore di automobile sia sottoposto a visita medica praticata da parte di un medico di ufficio, e che in tali visite le quali dovrebbero essere periodicamente ripetute, siano presi in particolare considerazione non solo le facoltà visive ed uditive, ma anche lo stato del sistema nervoso per evitare che a persone neuro- o psicopatiche, ovvero dedite all'abuso degli alcoolici o all'uso degli stupefacenti, venga concessa la relativa autorizzazione (Castiglioni, Levi);

che dalla Direzione generale della Sanità Pubblica si studino e si facciano noti al più presto i metodi da seguirsi obbligatoriamente nelle analisi degli alimenti e delle bevande (Sclavo);

che il Governo voglia emanare disposizioni dirette ad impedire che da parte di Amministrazioni Comunali si ceda l'esercizio di pubblici mattatoi ad imprese private (Torti, Sclavo, Vivante, Vacino, Racca, Chiaria, Lanfranchi);

che i Prefetti siano invitati a promuovere attivamente la costituzione di consorzi fra proprietari, o fra Comuni e proprietari, per l'attuazione delle opere di piccola bonifica, di cui al Titolo IV del Testo Unico delle Leggi sulle bonificazioni 30 dicembre 1923 ovunque se ne ravvisi la necessità, udito il Consiglio Sanitario Provinciale, e che, per alleviare l'onere del finanziamento all'uopo necessario, specie quando si tratti di piccoli proprietari, com'è il caso più frequente, nelle zone confinanti con l'abitato, intervenga nella maniera più larga possibile il concorso del Ministero dei LL. PP., mediante la forma di sussidi prevista dall'articolo 114 del citato Testo Unico (Manfredi).

***

Prima di chiudere i suoi lavori, il Consiglio ha deliberato di aderire con un telegramma alle onoranze che si tributavano a Napoli al prof. De Giaxa, già membro autorevole del Consiglio stesso.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BERBENNO (*Sondrio*). — A tutto il 15 ag.: L. 5250 (*sic*) da elevarsi a L. 6000 dopo biennio prova, per 500 pov., L. 750 indenn. trasferta, indenn. trasporto, L. 400 uff. san., doppio c.-v. Condizioni concordate. Vaglia postale di L. 50.15 per tassa di conc. Serv. entro 15 g.

CASTEL S. PIETRO ROMANO (*Roma*). — A tutto 31 lug.; L. 7000 oltre L. 2700 c.-v., L. 500 disag. resid. e L. 300 uff. san. Serv. entro 20 g.

LONDRA. *Ospedale Italiano.* — Concorso al posto d'assistente (medicina e chirurgia). Vedi fasc. 28. Scadenza 31 luglio.

MONDOLFO (*Pesaro*). — Consorzio con Fano, per la frazione di Marotta; L. 7000 e quadrienni decimo; addizion. L. 3 sopra i 500 pov.; due c.-v. Età lim. 40. A tutto 31 lug. (Sede consor.: Mondolfo).

OFFIDA (*Ascoli Piceno*). *Congregaz. di Carità.* — Chirurgo direttore del'Ospedale Civ. e condotta residenz.; scad. 31 lug.; L. 12,0000 iniziali e 50 % operazioni paganti; 4 quinquenni decimo; deposito L. 50; assunzione dopo 10 giorni. Trasporto per la campagna a carico del Comune. Ab. 7052; ha. 4944.

PALESTRINA (*Roma*). — A 40 giorni dall'11 lug., L. 7000 pei pov., doppio c.-v.; 5 quadrienni decimo. Vaglia postale di L. 50.15 intestato all'esattore tesoriere comunale. Preferenza se assistentato in grande ospedale. Tariffa per i semi-abbienti. Le condotte sono due.

REITANO (*Messina*). — L. 7000, oltre L. 1000 uff. san. Cinque aum. quinquenn. del decimo. Serv. fino a 500 poveri e L. 5 ogni povero in più. Scad. 31 agosto. Tassa di L. 50 per ammissione al concorso.

CONCORSI A PREMIO.

BOLOGNA. *Istituto Ortopedico Rizzoli.* — Concorso al premio «Umberto I», di L. 3,500. Il premio verrà assegnato, secondo il deliberato del Consiglio Provinciale di Bologna, «alla migliore opera od invenzione ortopedica». Al concorso possono prendere parte medici italiani e stranieri. Le modalità sono fissate da apposito regolamento, che sarà inviato a chi ne faccia richiesta. Domanda al Presidente dell'Istituto. Scad. 31 dicembre 1924.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

L'Associazione neurologica americana del Nord, presieduta dall'illustre prof. Dana, ha nominato ad unanimità, in occasione dell'anniversario emicentenario della sua fondazione, socio onorario dell'Associazione il prof. G. Mingazzini.

In seguito a concorso al posto di direttore e chirurgo primario degli ospedali riuniti di Montepulciano, la Commissione Esaminatrice ha proposto la terna: 1) prof. Luca Fioravanti, chirurgo e direttore dell'Ospedale di Orbetello; 2) prof. Giorgi, chirurgo e direttore dell'Ospedale di Albano; 3) *ex equo* prof. Leo, della Clinica di Pisa, e professor Mosti, chirurgo direttore dell'Ospedale di S. Gemignano. È stato nominato il prof. Fioravanti.

NOTIZIE DIVERSE.

Viaggio di studio per medici.

Dal 18 settembre al 3 ottobre avrà luogo un viaggio di studio alle principali stazioni idrominerali d'Italia indetto e organizzato dall'E.N.I.T. Questo viaggio (denominato Nord-Sud) è particolarmente destinato ai medici stranieri, allo scopo di far loro conoscere quelle maggiori nostre città d'acque che per i mezzi di cura ed il soggiorno possono già oggi felicemente rivaleggiare con le stazioni estere.

Dopo il successo dei V.I.M., che hanno rivelato a tanti medici italiani i nostri tesori idrominerali, l'E.N.I.T intende estendere questa forma di propaganda efficacissima anche alle classi sanitarie straniere, specialmente di quei paesi d'onde forti correnti di visitatori vengono annualmente in Italia.

L'E.N.I.T ritiene però opportuno che al Nord-Sud possano partecipare, accanto agli stranieri, anche quei medici italiani che lo desiderino, considerando utile che anche per questo tramite possano fra essi stabilirsi dei rapporti di cordiale colleganza: perciò ha riservato un certo numero di posti per i medici connazionali i quali pure potranno essere accompagnati da una persona della propria famiglia.

Il Nord-Sud si svolgerà in treno speciale il quale partirà da Milano alle ore 8 del 18 settembre e saranno visitate le stazioni idrominerali seguenti: Acqui, San Pellegrino, Levico, Vetriolo, Roncegno, Salsomaggiore, Montecatini, Monsummano, Chianciano, Fiuggi, Agnano. Il 30 settembre i medici sosteranno a Roma. In ogni località avrà luogo una conferenza medica seguita dalle visite alla stazione.

La quota d'iscrizione è di L. 1,600, comprensiva d'ogni spesa dal luogo d'adunata (Milano) a quello di termine (Napoli). Biglietti a tariffa ridotta saranno concessi dalla residenza o dal confine a Milano, e da Napoli alla residenza o al confine.

Le iscrizioni, per i medici italiani, si chiudono il 15 agosto. Il programma del viaggio e le schede d'iscrizione sono inviate, a richiesta, dall'Ente Nazionale Industrie Turistiche, 6, via Marghera, Roma (21).

Il I Congresso Italiano di Eugenetica sociale.

Promosso dalla Reale Società Italiana d'Igiene e dalla Società Italiana di Genetica e di Eugenica, si adunerà a Milano dal 20 al 23 settembre 1924, a cura di un Comitato esecutivo presieduto dal prof. sen. Luigi Mangiagalli, Rettore della R. Università di Milano, con l'intervento della Commissione internazionale di Eugenica, alla quale cooperano i rappresentanti di 15 Stati. I temi di discussione sono affidati ai proff. Pestalozza, Francioni, Medea, Gini, Livi, Antonini, Gemelli, Marvi, Pizzagalli, Ghigi. Sono preannunziate numerose comunicazioni.

La quota di adesione al Congresso (lire venti) dovrà essere inviata all'Economo-Cassiere rag. Virgilio Bellasio presso la R. Società d'Igiene, via S. Paolo, 10 - Milano (3). Ivi ha sede anche la segreteria del Comitato esecutivo. La segreteria si tiene a disposizione per la ricerca e per la prenotazione degli alloggi dei Congressisti che prima del 10 settembre ne avranno fatta regolare richiesta.

Per le riduzioni ferroviarie occorrono: l'invio, in tempo utile, della quota di adesione di cui sopra e la richiesta dei documenti necessarii.

In onore del prof. Pellizzari.

Per espresso desiderio dell'illustre Maestro, si sono svolte in forma privatissima le onoranze che numerosi allievi hanno voluto tributargli in occasione del suo 40° anno d'insegnamento universitario.

In una sala del magnifico Istituto Fototerapico, da lui fondato ed annesso alla Clinica, si sono dati convegno allievi antichi e recenti. Non vi sono state cerimonie nè discorsi: ebbe soltanto luogo — con poche parole d'augurio — la consegna di uno splendido volume pubblicato dal «Giornale Italiano delle Malattie veneree e della Pelle» come numero ordinario e consacrato al Pellizzari. Il ricco volume annovera circa 500 pagine, contiene una trentina di lavori originali ed è corredato di moltissime tavole illustrative in nero ed a colori. Vi sono premesse le dediche di tre allievi del Pellizzari, i quali occupano cattedre universitarie (U. Mantegazza, F. Radaeli e V. F. Cappelli), nonchè del prof. A. Bertarelli; reca anche gli elenchi delle pubblicazioni del venerato clinico e scienziato.

Il Pellizzari ha saputo intendere la specialità come parte integrante della clinica generale: da questa concezione non si è mai dipartito. Ha recato contributi importanti al nosografismo e alla terapia della sifilide, alla conoscenza del rinoscleroma, alla fototerapia, ecc. Ha riorganizzato gli istituti dermosifilopatici di Siena, Pisa e Firenze. Suo vanto è di aver dato alla specialità molti allievi di valore. Egli è stato anzitutto un maestro.

Tra medici militari italiani e spagnoli.

In occasione della visita dei nostri Sovrani in Spagna, il Capo della Sanità militare presso il Ministero della guerra a Madrid ha inviato pel tramite del nostro generale medico capo Della Valle, un saluto entusiasta e cordiale al nostro corpo di sanità militare; il gen. Della Valle ha risposto ricambiando i sensi di cameratismo e bene auspicando ai destini della sorella nazione latina. Uno scambio di cortesie ha pure avuto luogo tra il colonnello chimico-farmacista Suzzi e il gen. Della Valle, nonchè tra il colonnello medico Josè Potouss Martinez, della Scuola di guerra di Madrid, ed il gen. medico Della Valle.

Per un minimo di stipendio ai medici condotti.

L'on. Guasco ha presentato un'interrogazione al ministro degli Interni per sapere se, ad evitare stridenti sperequazioni, non creda opportuno fissare uno stipendio base minimo, che le Giunte Provinciali Amministrative devono tenere come punto di partenza, per i sanitarii comunali, e se questo minimo non debba essere quello chiesto dalla Corporazione Nazionale Sanitaria Italiana, nel-

la misura, per i medici, di L. 9500, integrata da cinque aumenti periodici quadriennali di L. 1000 ciascuno; chiede risposta scritta.

Malarici di guerra.

L'on. Insabato ha interrogato il presidente del Consiglio e il ministro delle Finanze per sapere se intendano accogliere i desiderata dei malarici di guerra.

Una Società medica omeopatica in Italia.

Si è costituita a Firenze ed ha un organo ufficiale, «L'Omiopatia nel Secolo XX», con il quale si propone fra l'altro di pubblicare a puntate le opere fondamentali omeopatiche dottrinali e d'indole pratica, per mettere i medici nella possibilità di conoscere l'Omiopatia.

Corso sulla tubercolosi e sul clima d'altitudine.

Avrà luogo a Davos dal 17 al 24 agosto, in lingua francese e tedesca, a cura di quell'Associazione dei medici. L'iscrizione è gratuita. I partecipanti e le loro famiglie potranno ottenere buoni alloggi e pensioni al prezzo complessivo di fr. 8-12 svizzeri al giorno.

Per il programma e le condizioni rivolgersi alla «Commission du Cours de Vacances pour Médecins», Davos (Svizzera) non oltre il 1° agosto.

La peste

va compiendo gravissime stragi nelle Indie inglesi e specialmente nel Punjab.

Da poco è comparsa in Grecia: vari casi sono segnalati a Salonicco e nei villaggi della frontiera jugoslava; casi sospetti sono segnalati nelle bande dei comitagi macedoni.

In Piedimonte Etneo (Catania) nell'età di 71 anni spegnevasi il dott. VINCENZO FRAGALA', professionista valoroso e cittadino esemplare. Visse beneficando e lascia largo retaggio d'affetti.

F. I.

Il 19 corr. è venuto a mancare, in età di 78 anni, il prof. EDOARDO BASSINI. Nel prossimo numero daremo un cenno biografico del sommo chirurgo.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

**Imbarazzati a scegliere fra gli innumerevoli giudizi espressi dalla stampa consorella ed an-
che da quella politica su la magistrale opera del chiaro**

Prof. Dott. LUIGI FERRANNINI della R. Università di Napoli

La TERAPIA CLINICA nella Medicina pratica

Indicazioni - Prescrizioni igieniche, fisiche dietetiche e farmaceutiche

**ci limitiamo a riportare qui di seguito il semplice SOMMARIO del volume, affinchè i nostri lettori pos-
sano formarsi un più preciso criterio della somma importanza di questa classica pubblicazione:**

SOMMARIO

Introduzione. — **A)** TERAPIA ETIOLOGICA. — I. **Medicazione antinfettiva.** - A) Medicazione antibatterica od immunizzante
(immunterapia). - **a)** Infezioni generali: 1. Tubercolosi; 2. Influenza; 3. Streptococcia; 4. Stafilococcia; 5. Tifo; 6. Febbre melitense;
7. Peste; 8. Carbonchio; 9. Morva. - **b)** Infezioni esantematiche: 10. Vajuolo; 11. Tifo esantematico. - **c)** Infezioni con prevalenti
localizzazioni nervose: 12. Rabbia; 13. Tetano; 14. Meningite cerebro-spinale. - **d)** Infezioni con prevalenti localizzazioni respira-
torie: 15. Difterite; 16. Polmonite. - **e)** Infezioni con prevalenti localizzazioni intestinali: 17 Dissenterite bacillare; 18. Colera. —
B) Medicazione antimicotica. — C) Medicazione antiprotozoica (chemoterapìa): 1. Sifilide; 2. Spirillosi e Tripanosomiasi; 3. Ma-
laria; 4. Dissenterite amebica; 5. Leishmaniosi; 6. Reumatismo articolare acuto; 7. Neoplasmi; 8. Tubercolosi; 9. Pneumococcia,
Streptococcìa, Stafilococcìa; 10. Accesso gottoso. — D) Medicazione antielmintica: 1. Cestodi; 2. Trematodi; 3. Nematodi; 4. Stron-
gilidi; 5. Tricotrachelidi; 6. Filarie e Anguillule. — E) Medicaz'one antiartropoidea: 1. Acaridi; 2. Insetti. — II. **Medicazione an-
titossica.** - A) Autointossicazioni. — B) Avvelenamenti: 1. Acido cianidrico; 2. Acido citrico; 3. Acido cloridrico; 4. Acido fenico;
5. Aconito; 6. Alcool; 7. Antimonio; 8. Antipirina; 9. Argento; 10. Arsenico; 11. Bario; 12. Belladonna; 13. Caffeina; 14. Cala-
barrina; 15. Calcio; 16. Cantaride; 17. Carbonio 18. Catrame; 19. Chinina; 20 Cianuri; 21. Cloralio; 22. Cloro; 23. Cloroformio;
24. Coca; 25 Digitale; 26. Felce; 27. Fosforo; 28. Giusquiamo; 29. Idrogeno solforato; 30. Jodo; 31. Mercurio; 32. Muscarina; 33. Ni-
cotina; 34. Nitrito d'amile; 35. Noce vomica; 36. Oppio; 37. Piombo; 38. Rame; 39. Santonina; 40. Segala. — **B)** TERAPIA SIN-
TOMATICA.— I. **Terapia generale.** - 1. Medicazione tonica; 2. Medicazione ricostituente; 3. Medicazione antidrotica; 4. Medicazio-
ne antipiretica; 5. Medicazione dell'infiammazione: **a)** Medicazion flogogena; **b)** Medicazione antiflogistica. — II. **Terapia della
pelle.** - 1. Terapia della secrezione sudorale: **a)** Medicazione antidiaforetica; **b)** Medicazione diaforetica; 2. Terapia della secrezio-
ne sebacea. — III. **Terapia del sistema nervoso.** - 1. Medicazione neurotrofica; 2. Medicazione psichica: **a)** Medicazione psicotera-
pica; **b)** Medicazione depresso-motrice; **c)** Medicazione eccito-motrice; 5. Medicazione ipotensiva od evacuatrice. — IV. **Terapia del
sistema endocrino-simpatico.** - 1. Medicazione simpaticotropa: **a)** Medicazione simpatico-tonica, **b)** Medicazione simpatico-ipoto-
nica; 2. Medicazione autonomotropa: **a)** Medicazione autonomo-tonica; **b)** Medicazione autonomo-ipotonica. — V. **Terapia del
sangue.** - 1. Medicazione emocromogena; 2. Medicazione eritrocitica; 3. Medicazione leucocitica. — VI. **Terapia dell'apparecchio
circolatorio.** - A) Terapia del cuore: 1. Medicazione cardio-sedativa; 2. Medicazione cardio-cinettica; 3. Medicazione cardio-regola-
trice (antiaritmica). — B) Terapia dei vasi: 1. Medicazione angiotrofica; 2. Medicazione vasodilatatrice; 3. Medicazione vasoco-
strittrice; 4. Medicazione emostatica. — VII. **Terapia dell'apparecchio urinario.** - 1. Medicazione astringente; 2. Medicazione diure-
tica; 3. Medicazione antitossica; 4. Medicazione antisettica. — VIII. **Terapia dell'apparecchio respiratorio.** - 1. Medicazione anti
dispnoica; 2. Medicazione dei disturbi dell'ematosi; 3. Medicazione espettorante; 5. Medicazione essiccante. — IX. **Terapia del-
l'apparecchio digerente.** - A) Terapia della secrezione salivare: 1. Medicazione ipocrinica; 2. Medicazione ipercrinica; 3. Medi-
cazione modificatrice della saliva. — B) Terapia dello stomaco: 1. Medicazione eupeptica: **a)** Medicazione gastro-ipercrinica **b)** Me-
dicazione gastro-ipocrinica; 2. Medicazione gastro-cinetica: **a)** Medicazione gastro-ipercinetica; **b)** Medicazione gastro-ipocinetica.
C) Terapia dell'intestino. 1. Medicazione enterocinetica: **a)** Medicazione entero-ipercinetica (purganti); **b)** Medicazione entero-
ipocinetica (antidiarroici); 2. Medicazione antisettica. — D) Terapia del fegato. - 1. Medicazione colagoga; 2. Medicazione modifi-
catrice della bile: **a)** Medicazione anti colelitiasica; **b)** Medicazione antisettica. — E) Terapia del Pancreas. — X. **Terapia della
nutrizione.** - 1. Medicazione del metabolismo dei carboidrati; 2. Medicazione del metabolismo dei grassi; 3. Medicazione del meta-
bolismo dei proteidi: **a)** Medicazione antiazoturica; **b)** Medicazione antiossalica; **c)** Medicazione antiurica. — **C)** TERAPIA DELLE
MALATTIE. — I **Malattie infettive.** - A) Infezioni generali: 1. Malaria; 2. Tripanosomiasi e Leishmaniosi; 3. Reumatismo; 4. In-
fluenza; 5. Tifo; 6. Paratifo; 7. Febbre melitense; 8. Peste; 9. Carbonchio; 10. Morva. — B) Infezioni esantematiche: 11. Tifo
esantematico; 12. Vajuolo; 13. Varicella; 14. Morbillo; 15. Scarlattina; 16. Erisipela. — C) Infezioni con prevalenti localizzazioni
nervose: 17. Rabbia; 18. Tetano; 19. Poliomielite anteriore acuta; 20. Meningite cerebro-spinale epidemica. — D) Infezioni con pre-
valenti localizzazioni respiratorie: 21. Difterite; 22. Tosse convulsiva; 23. Pulmonite crupale. — E) Infezioni con prevalenti loca-
lizzazioni all'apparato digerente: 24. Mughetto; 25. Parotite epidemica; 26. Dissenterite; 27. Colera. — II. **Malattie del sistema
nervoro.** - 1. Isterismo; 2. Nevrastenìa; 3. Epilessìa; 4. Meningite; 5. Commozione cerebro-spinale; 6. Emorragìa cerebrale; 7. Trom-
bo-embolismo cerebrale; 8. Encefalite; 9. Paralisi agitante; 10. Corea; 11. Polioencefalite; 12. Paralisi bulbare; 13. Spondilosi rizo-
melica; 14. Carie vertebrale; 15. Meningite spinale; 16. Ematomielia; 17. Mielite; 18. Sclerosi multipla; 19. Siringomiella; 20. Polio-
mielite anteriore acuta, 21. Amiotrofie; 22. Tabe; 23. Nevralgie;24. Neuriti. — III. **Malattie del sistema endocrino-simpatico.** -
1. Nevrosi celiaca; 2. Asfissìa locale delle estremità; 3. Edemi nevrotici; 4. Eritromelalgia; 5. Meralgìa parestesica; 6. Acropare-
stesìa; 7. Cefalgìa; 8. Retrazione dell'aponevrosi palmare e plantare; 9. Osteopatìe sistematiche; 10. Male perforante; 11. Mixe-
dema; 12. Gozzo esoftalmico; 13. Tetanìa; 14. Acromegalìa e Gigantismo; 15. Sindromi adipose ipofisarie; 16. Morbo bronzino;
17. Stato timico-linfatico; 18. Infantilismo. — IV. **Malattie del sangue.** - 1. Cloroanemìa; 2. Anemìa perniciosa progressiva;
3. Policitemìe; 4. Leucemìe e Pseudoleucemìe; 5. Ittero emolitico; 6. Emofilìa; 7. Porpore; 8. Scorbuto; 9. Emoglobinuria parossi-
stica. — V. **Malattie dell'apparecchio circolatorio.** - 1. Angina di petto; 2. Cardiopalmo; 3. Pericardite; 4. Miocardite; 5. Endo-
cardite; 6. Arterite; 7. Arteriosclerosi; 8. Aneurismi; 9. Flebite, 10. Flebectasìa. — VI. **Malattie dell'apparato urinario.** - 1. Ne-
frorragìa; 2. Nefrite; 3. Pielite; 4. Idronefrosi; 5. Nefrolitiasi; 6. Enuresi; 7. Cistite. — VII. **Malattie dell'apparecchio respiratorio.**
- 1. Asma bronchiale; 2. Bronchite; 3. Bronchiettasìa; 4. Broncostenosi; 5. Edema polmonare; 6. Atelettasìa polmonare; 7. Enfi-
sema polmonare; 8. Broncopolmonite; 9. Polmonite interstiziale; 10. Pneumoconiosi; 11. Tubercolosi polmonare; 12. Gangrena pol-
monare; 13. Ascesso polmonare; 14. Pleurite; 15. Pneumotorace. — VIII. **Malattie dell'apparato digerente.** - 1. Stomatiti; 2. An-
gine; 3. Stenosi esofagea; 4. Spasmo del cardias; 5. Spasmo del piloro; 6. Imbarazzo gastrico; 7. Gastrite; 8. Carcinoma ga-
strico; 9. Ulcera gastro-duodenale; 10. Enterite; 11. Tiflite; 12. Appendicite; 13. Entero-colite; 14. Emorroidi; 15. Peritonite; 16. Cir-
rosi epatica; 17. Ascesso epatico; 18. Echinococco del fegato; 19. Tumori del fegato; 20. Angiocolite e Colecistite; 21. Colelitiasi;
22. Pancreatite; 23. Tumori del pancreas. — IX. **Malattie della nutrizione.** - 1. Diabete; 2. Obesità; 3. Gotta; 4. Rachitismo;
5. Osteomalacìa

Un grosso volume di pagine VIII-574, nell'ampio formato della Collana Manuali del «Policlinico» nitidamente
stampato su carta di lusso e rilegato artisticamente, dal rinomato Stabilimento Staderini di Roma, in tutta tela
inglese con iscrizioni sul piano e sul dorso. Prezzo L. **58** più le spese di spedizione e di raccomandazione. Pei
nostri abbonati, sole L. **50** con l'invio in porto franco.

Per ricevere quanto sopra indirizzare Vaglia Postale al Cav. LUIGI POZZI, Via Sistina, 14 - ROMA

ANNO XXXI   Roma, 4 Agosto 1924   Fasc. 31

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Sulla etiologia della sclerosi dei corpi cavernosi.

Prof. FERDINANDO DE NAPOLI,
docente di Clinica dermosifilopatica
nella R. Università di Bologna.

La sclerosi dei corpi cavernosi, altrimenti detta *induratio plastica*, costituisce una entità morbosa rara e poco nota, che, per le sue conseguenze funzionali e per le facili confusioni con altre alterazioni patologiche dei corpi cavernosi e dei tessuti che li circondano, merita di essere più conosciuta nella pratica e di essere meglio studiata specie in rapporto alla sua etiologia. Invece la trattazione di questa lesione — la cui conoscenza si fa risalire all'anno 1743, allorquando se ne occupò per primo il La Peyronie all'Académie Royale de chirurgie, attribuendola precipuamente all'abuso di Venere — è omessa perfino in alcuni libri di venereologia e di sifilografia. E mi è occorso di udire più d'un medico, anche colto, confessare la sua ignoranza in proposito e di visitare qualche malato, al quale era stato consigliato un atto operativo per liberarlo di un tumoretto o di una pretesa briglia cicatriziale, che riusciva di ostacolo alla funzione sessuale e che, poi, altro non era se non una sclerosi dei corpi cavernosi. Questa infermità, con inizio subdolo nell'età adulta, raramente prima dei quarant'anni, e con decorso lento, si estende ed invade i corpi cavernosi in modo da ingenerare confusione nella diagnosi e da portare, qualche volta, gli ammalati alla *impotentia coeundi*, spingendoli ad atti disperati e perfino al suicidio.

Mi pare pertanto utile illustrare sei casi di sclerosi dei c. c. che in venticinque anni di esercizio professionale si sono presentati alla mia osservazione.

CASO I. — Si trattava di un ufficiale superiore del R. E. dell'età di 64 anni, vecchio sifilitico e blenorragico, appartenente a famiglia di gottosi ed egli stesso soggetto a disturbi artritici ed a coliche renali. Affetto da grave cachessia con epatite e gastrite, di probabile origine luetica, venne perciò a consultarmi nel 1918 ed, incidentalmente, mi denunziò che da un anno circa non era più capace di compiere il coito, perchè il pene durante l'erezione si piegava quasi ad angolo retto. L'erezione era completa, ma nel mezzo del solco retrocoronario si formava come una briglia che faceva volgere in su il glande. Perciò l'introduzione del pene in vagina riusciva impossibile per la deviazione del glande e per il dolore che questa provocava. Egli stesso aveva inoltre osservato che solo durante l'erezione si percepiva

chiaramente una specie di frenulo dorsale, che al tatto dava la sensazione di un indurimento cartilagineo, nastriforme. Il pene allo stato floscio si presentava normale e, sulla guida del paziente, sono riuscito, a stenti, a percepire, in corrispondenza della regione suddetta, una piccola zona indurita, inclusa nei corpi cavernosi e non bene delimitabile da essi, sulla quale la pelle scorreva liberamente. L'esame delle urine, eseguito due giorni dopo un accesso di colica renale con ematuria, dette il seguente risultato conformemente ad analisi precedenti, che avevano già dimostrato la diatesi artritica:

Quantità ricevuta in esame: cmc. 300;
Colore: giallo-scuro rossiccio;
Trasparenza: torbida;
P. S.: 1028;
Reazione: acida;
Albumina: si, quantità approssimativa 0,15-0,20 %;
Sangue: si, reazione di Van Deen molto intensa;
Zucchero: no;
Acetone: no;
Acido diacitico: no;
Creatinina: reazione intensa;
Indacano: abbondanti emazie per lo più ridotte ad ombre; numero considerevole, ma non molto elevato di leucociti. Qualche filamento di muco, qualche cellula pavimentosa. Numerosissimi cumuli di urati amorfi. Abbondanti cristalli di acido urico e di ossolato di calcio. Elementi d'origine renale (cilindri e cellule renali) assenti.

La reazione di Wassermann, nonostante i segni evidenti della lue terziaria, fu negativa. La cura specifica jodico-mercuriale, con due sole iniezioni endovenose di neosalvarsan, fu inefficace non solo a guarire la sclerosi dei corpi cavernosi, ma a salvare la vita dell'infermo, che morì circa un anno dopo in preda a grave marasma.

CASO II. — Riguarda un individuo di 56 anni, impiegato, della provincia di Campobasso, inviatomi dal prof. D'Ajutolo, oto-rinolaringoiatra, durante l'anno 1923, perchè quel paziente presentava, oltre una rinite ipertrofica, un indurimento alla radice del pene, presso il pube. Egli si mostrava preoccupato dell'eccessiva curvatura dorsale che il pene assumeva durante l'erezione, la quale riusciva dolorosa. Ed aveva notato che siffatto ostacolo funzionale, causato da un indurimento, rivelatoglisi un anno prima, andava sempre più aumentando.

In questo soggeto la palpazione dava la sensazione di una specie di piastrone, di consistenza lignea, oblungo e schiacciato, della grandezza di una grossa fava, che circondava ed aderiva alla parte dorsale dei corpi cavernosi, indolente e libero completamente dai tessuti soprastanti, normali in tutti i loro caratteri obbiettivi. L'esame delle urine ha dimostrato abbondanza di cristalli di ossolato di calcio e di urati. Si trattava di un uricemico per dati anamnestici personali e gentilizii.

Egli asseriva di non avere mai sofferto di blenorragia. Aveva avuto circa 14 anni prima, ulcere, che curò con rimedi topici e che furono diagnosticate di natura venerea. Dieci anni fa ha preso moglie, la quale ha avuto quattro aborti e che poi non è più rimasta incinta. La Wassermann ha dato esito positivo debole.

La cura da me consigliata ed eseguita per la sola via endomuscolare con preparati insolubili di mercurio (calomelano e salicilato) giovò allo stato generale di lui, ma lasciò immutata la sclerosi, che però non progredì ulteriormente, secondo le notizie fornitemi del malato, dopo un anno circa dalla visita.

Gli altri quattro casi da me osservati dal 1899 al 1924 si somigliano fra loro. Differiscono solo per l'estensione e la consistenza della sclerosi che in uno di essi dava l'impressione tattile di una vera calcificazione. In tutti, l'indurimento, era dorsale e provocava maggiore o minore ostacolo al coito, che però non era impedito come nel primo caso. L'età degli individui colpiti variava fra i 45 ed i 60 anni. Dalle notizie anamnestiche di due di essi risultava in modo incerto la lue contratta più di quindici anni prima ed in uno di questi, quasi contemporaneamente alla lue, si era manifestata una uretrite blenorragica, che mai diede segni di complicazioni extrauretrali e di postumi rilevabili. La reazione di Wassermann diede in tutti esito negativo.

Questi ultimi quattro infermi appartenevano a famiglie di artritici e presentavano chiare manifestazioni obbiettive della alterazione del loro ricambio organico. L'esame delle urine, praticato metodicamente in tutti, confermò la diatesi neuro-artritica. Uno era affetto da diabete.

Le cure da me prescritte, a base di preparati idrargirici, jodici, e di fibrolisina, hanno avuto esiti completamente negativi. Nè si possono invocare facilmente gli effetti terapeutici nella sclerosi dei corpi cavernosi, dal momento che è nota la lentezza ed il modo subdolo di insorgenza e di decorso del male e la possibilità di arresti e di riassorbimenti spontanei che esso subisce anche senza cure.

Le osservazioni cliniche finora pubblicate da vari osservatori concordano con le mie nei caratteri clinico-morfologici della *induratio penis plastica*. Però le vedute sono differenti circa l'etiologia.

Si trata di infiltrazioni a forma di nodi di varia grandezza inclusi nel tessuto di uno o di ambedue i corpi cavernosi del pene, che perciò si trovano al di sotto della *tunica albuginea* e quindi della *fascia penis*. Per tale loro sede non sempre è facile percepirle a pene floscio e si rivelano, quando sono estese o in speciali posizioni, più facilmente durante l'erezione per le conseguenti deviazioni dell'asta. Esse corrispondono a tratti di tessuto spugnoso sclerotizzato per deposito di sali o perchè sostituito da connettivo fibroso, che, per l'oblite-

razione delle trabecole e degli spazii intertrabecolari (cavernae), non può essere disteso dal sangue. Perciò rappresenta un tratto del pene che appare retratto e che, a secondo l'estensione e la sede, può costituire un avvallamento più o meno profondo e può dare quindi una curva più o meno marcata della verga eretta, con ripercussioni sulla funzione sessuale. Le quali vanno da un semplice senso di imbrigliamento, quasi sempre doloroso, fino alla *impotentia coeundi* per cause puramente meccaniche. Però l'impotenza non dipende tanto dalla estensione quanto dalla sede della sclerosi. Si vedono delle vaste placche di sclerosi che non impediscono il coito, perchè producono una curva del pene ad arco molto ampio. Mentre talora (primo dei miei casi) basta un piccolo nodo per causare un insormontabile ostacolo alla introduzione del pene in vagina. La deviazione è sempre diretta a destra, a sinistra o in alto (eccezionalmente in basso nella sclerosi dei corpi cavernosi del pene) e Ricord, nel suo linguaggio arguto ed immaginoso la rassomigliò allo strabismo. Egli perciò usò il termine di *strabisme de la verge*. Talora è ostacolata la ejaculazione e lo sperma anzichè essere proiettato fuoriesce lentamente come bava.

La sede della sclerosi ha poi grande importanza per la diagnosi ed aiuta nel criterio etiologico. Perchè la vera sclerosi dei corpi cavernosi del pene normalmente non dà — come ho detto — l'incurvamento del pene in basso (*erectio humilis* degli antichi), che invece si riscontra costantemente nella sclerosi del corpo cavernoso dell'uretra. Quella viene avvertita dall'infermo quasi sempre durante l'erezione appunto perchè interessa i corpi cavernosi del pene e perciò merita la denominazione di *induratio penis plastica*. La sclerosi del corpo cavernoso dell'uretra, invece, si palpa più agevolmente a pene floscio scorrendo con le dita lungo la faccia ventrale di questo e quindi le si addice meglio la denominazione di *corda penis perpetua*. La posizione dei corpi cavernosi del pene rispetto al corpo cavernoso dell'uretra dà ragione dei fatti suddetti. I primi subiscono, durante l'erezione, modificazioni nella consistenza e nel volume per l'affluenza del sangue nelle loro cavità (cavernae). Mentre il secondo, per la più fine struttura del suo tessuto spongioso, si inturgidisce appena e resta molle e compressibile, anche quando il pene è eretto. Esso si allunga, semplicemente, per seguire i due corpi cavernosi, che gli stanno sopra e che lo stirano quasi, allorquando aumentano di volume, secondo il diametro trasversale e l'asse longitudinale. Perciò la sclerosi dei c. c. del pene dà deviazioni in alto o lateralmente. Invece l'indurimento cronico del c. c. dell'uretra, come le sue infiammazioni acute durante la blenorragia (incordazione o blenorragia cordata), dà l'incurvamento con concavità rivolta verso il perineo, in basso. Perchè durante l'erezione non potendo l'uretra, per la perduta elasticità, seguire i c. c. del pene fa da corda sottesa a quelli, che restano come imbrigliati e perciò si flettono verso la faccia inferiore (uretrale) del membro. La palpazione dell'uretra, più agevole a pene floscio che non a pene eretto, può farci localizzare bene (specie se viene eseguita, come io uso, su un Béniqué) l'indurimento cronico e derimere qualsiasi dubbio sulla sede. La quale ha grande importanza, perchè la sede uretrale della sclerosi ci dice che molto facilmente un processo blenorragico ne è stata la causa. Il gonococco dall'uretra, sua sede primitiva di elezione, migra qualche volta nel tessuto spongioso periuretrale, vi accende focolai di periuretrite e dà luogo a vere caverniti ed alla uretrite cronica interstiziale diffusa, una volta denominata *flebite del corpo cavernoso*. Da questi processi postblenorragici, come dai traumi, possono derivare veri indurimenti cronici del c. c. dell'uretra, i quali perciò, sotto il punto di vista etiologico, sono ben distinti da quelli dei corpi cavernosi del pene, che eccezionalmente hanno la stessa origine.

Pertanto la topografia delle sclerosi offre, per sè sola, un buon criterio etiologico. Vi è poi da aggiungere l'età dei pazienti. Perchè mentre la sclerosi del c.c. dell'uretra si può manifestare a qualunque età — anche nell'età giovanile, in cui la uretrite blenorragica è frequente — l'*induratio penis plastica* è dell'età avanzata.

I pazienti possono inoltre fornirci notizie che hanno gran valore. Per es. il ricordo di complicazioni extrauretrali durante la blenorragia sofferta, la *rottura* eventuale della *corda*, nonchè altri traumi dell'uretra, che possono causare la retrazione cicatriziale per trasformazione in connettivo fibroso del fine tessuto spongioso, che circonda l'uretra. Si intende che in tali circostanze l'etiologia più frequente e più probabile della sclerosi, che ne deriva, sia quella blenorragica. Etiologia riconosciuta finora — *ma senza mai far distinzione di sede del processo sclerotico* — globalmente, direi, per tutte le forme indurative dei corpi cavernosi, sia dell'uretra che del pene. Il Ricord già nel 1847 fu tra i primi ad annoverare la blenorragia fra i moventi etiologici più probabili della sclerosi dei c.c. in genere e fu seguito si può dire da tutti gli osservatori anche

contemporanei. Furono del suo parere il Tarnowsky (1872), il Van Buren e Keyes (1874), il Mauriac (1886), il Finger (1896) ed altri.

Però quando si tratta di sclerosi dei c. c. del pene, i quali eccezionalmente vengono attaccati dal gonococco, non sempre si può incriminare la blenorragia. Nè la frequente ricorrenza di questa infezione nelle storie cliniche dei malati di sclerosi dei c. c. deve farci attribuire, troppo corrivamente, a quella l'origine dell'indurimento cronico. Bisogna piuttosto aver presente che la blenorragia si incontra spesso nelle storie cliniche di malati di ogni genere, perchè campeggia fra le infezioni sessuali dell'uomo, il quale raramente nella età giovanile sfugge ad essa. Ma è eccezionale il fatto che essa attacchi i corpi cavernosi del pene, e, quando ciò avviene, data l'entità flogistica che assume questa complicazione del processo blenorragico, nè può passare inosservata nè può essere dimenticata.

Il fatto poi che alcuni malati di *induratio penis plastica* non hanno mai sofferto di blenorragia, ci autorizza ad escludere vie più che il gonococco sia la causa efficiente di questo processo, subdolo e lento, che si manifesta nell'età adulta dell'uomo, allorquando altri agenti — diatesici o infettivi — esplicano la loro azione sull'organismo umano. E si intende che quando lo stato dei tessuti è modificato istologicamente per l'influenza della blenorragia, dei traumi, delle flogosi in genere e della lue, si viene a costituire una condizione localistica propizia per la manifestazione topografica delle lesioni che quegli agenti sono capaci di produrre.

La blenorragia, che anche da autori moderni (Berdal) è annoverata con la lue fra i moventi etiologici della sclerosi dei cc., non raramente manca, come ho detto, nei precedenti anamnestici degli ammalati e, quando ha preesistito, non sempre si può invocare la sua influenza patogenetica sul processo suddetto. Il Montesano non pensa a siffatta etiologia nel riferire un caso di sclerosi dei c.c. sebbene nel suo malato esistesse una uretrite cronica posteriore. Egli, con altri osservatori, propende a dare una certa importanza, per quanto indiretta, alla lue — come causa coadiuvante. L'Hamonic incrimina quasi sempre la sifilide. Ed il Gaucher, esagerando questo concetto e, basandosi su 12 casi di sclerosi dei c.c. occorsigli, afferma addirittura che la lue non manca mai nell'anamnesi degli ammalati e che la cura specifica riesce a far migliorare, se non a guarire, la sclerosi. Il Fournier invece ha sempre dubitato della influenza della sifilide nel determinare l'*induratio penis plastica*. I casi da me riferiti ed altri esistenti nella letteratura portano ad escludere l'azione etiologica della blenorragia, per ciò che ho detto, e della lue per le seguenti considerazioni:

A me pare che bisogna prima di tutto conoscere quale parte può avere la lue nel determinare lesioni e conseguenti deviazioni dell'asta, che possano essere confuse con la vera *induratio penis plastica*. Una prima distinzione merita di essere fatta e tenuta presente sotto il punto di vista patogenetico e terapeutico. Bisogna cioè differenziare la vera sclerosi dei c.c. — che io chiamerei primaria o essenziale — dalle gomme e dai loro esiti. La gomma per lo più occupa la cute e si trova nel sottocutaneo; quindi al disopra della *fascia penis*, extra e pericavernosa. Talora è aderente ai corpi cavernosi, ma ha decorso relativamente rapido ed assume la forma rotondeggiante di grosso nodo, a differenza della sclerosi. Essa, come questa, può dapprima restare libera dai tessuti soprastanti, ai quali aderisce però allorquando degenera e si fonde ed allora si fa strada quasi sempre verso il solco balano prepuziale, dopo di avere scollati i tessuti attorno ai corpi cavernosi. In questo caso il dubbio non può più esistere. Ma se la gomma è aderente al c.c. ed è rappresentata da un nodo duro, come la sclerosi, bisogna tener conto dei fatti subbiettivi e funzionali, durante l'erezione e durante il coito, già descritti per la *induratio penis plastica* e che mancano quasi sempre per la gomma, la quale, data la sua posizione, non dà mai deformità dell'asta nè impaccio nella ejaculazione. Si deve ricorrere anche alla reazione di Wassermann per una diagnosi differenziale, che l'emoreazione non sempre però riesce a stabilire. Più decisiva si dimostra invece la cura specifica che, mentre non modifica la vera sclerosi, ci fa conseguire risultati ottimi in caso di gomme.

Talora potrebbe sorgere incertezza di giudizio fra la sclerosi dei c.c. e la sifilosclerosi iniziale, quando questa fosse rappresentata da sifilomi nodosi non ulcerati o da esiti cicatriziali dell'ulcera dura. La distinzione si può agevolmente fare, oltrechè coi dati anamnestici e con i criteri già esposti per la gomma, riguardo alla sede ed ai rapporti coi tessuti adiacenti, anche in base ai fatti collaterali (adenopatie inguinali, sifilodermi, fatti secondarii costituzionali), nonchè ricorrendo, con maggiore probabilità di risultati decisivi, purchè con adeguata distanza di tempo, alla sieroreazione.

Ed, a proposito di diagnosi differenziale, dirò infine che sono appena da affacciarsi dub-

bii in confronto con alcune formazioni nodose del pene anche esse rare, quali le cisti, gli smegmoliti, i nodi parauretrali ed i neoplasmi. Perchè anamnesi, modo di insorgere, decorso ed esiti valgono a farci evitare confusione ed errori.

Dove questi possono sorgere si è fra la vera *sclerosi dei c. c. del pene*, che chiamerò *primaria* o *essenziale* e le sclerosi dei c. c. stessi, quali esiti di processi infiammatori, acuti o cronici, che meritano la denominazione di *sclerosi secondarie*. Di queste sclerosi secondarie è stato riferito qualche caso consecutivo a tubercolosi. Zislin nella sua tesi su *Les indurations plastiques des corps caverneux* riferisce che Sebrazés e Muralet hanno riscontrato un caso di tubercolosi nodulare della verga e che Bruno in un malato di tubercolosi renale ha trovato un piccolo nodo della parte mediana del pene con i caratteri istologici di un nodo tubercolare. Ma fra tutte le cause efficienti delle sclerosi secondarie campeggiano la sifilide coi suoi prodotti terziari e la blenorragia con le sue complicazioni. La differenza in questi casi non è sintomatologica ma istologica; perchè nelle sclerosi secondarie si tratta di esiti in cicatrici dei processi precedenti e quindi di trasformazione in tessuto fibroso del tessuto dei corpi cavernosi. Il quale, invece, nella sclerosi essenziale viene obliterato per l'accumulo di sali (acido urico, urato di soda e di calce) a tal segno e con tale consistenza da arrivare ad una vera calcificazione ed a dare quindi l'impressione di un tessuto osseo, che ha fatto pensare ad una vera ricorrenza atavica, quale è l'*os penis* di alcuni animali inferiori (cane, orso, foca). Nè il criterio *ex adjuvantibus* vale quale mezzo di diagnosi differenziale tra le due forme di sclerosi, primaria e secondaria. Perchè anche quando la causa determinante di una sclerosi secondaria fosse stata la lue, la terapia specifica — che in altri casi è squisitamente diagnosticatrice — non riescirebbe a modificare l'indurimento, dato da una cicatrice. Perchè su questa la cura antiluetica non ha alcuna sensibile influenza.

Conviene meglio basarsi sulla anamnesi, che può fornirci notizie di flogosi, acute o croniche, pregresse.

Neanche la sieroreazione è sufficiente a darci un criterio etiologico sicuro circa la dipendenza della sclerosi dei c. c. della sifilide, che ne è stata ritenuta la causa anche sotto la forma di eredolue (Fusco). La W. non sempre può decidere. Perchè essa nella sifilide terziaria con manifestazioni a focolaio — e come tali bisogna considerare i casi di sclerosi secondarie dei c. c. — spesso è negativa. E lo stesso comportamento ha nella sifilide ereditaria tardiva, nel cui ambito rientrerebbero i casi di sclerosi dei c. c. in eredo-luetici con manifestazioni nell'età adulta, nella quale si presenta costantemente la sclerosi dei c. c. per concorde parere di tutti gli osservatori. Ne è il caso di confondere la *induratio penis plastica*, della quale mi occupo, con le deformità e le deviazioni congenite del pene — delle quali ho avuto agio di notare molti casi e parecchie varietà negli iscritti presso i consigli di leva e nei militari del R. E. — Queste rientrano nel campo della teratologia e possono essere prodotte da svariati agenti — in *primis* la sifilide — che esplicano la loro influenza, tossica o infettiva, sull'embrione e sul feto.

L'anamnesi, oltre a darci notizie di simili fatti congeniti ed a farci escludere la lue e la blenorragia, quali moventi etiologici della *sclerosi essenziale* dei c. c., può fornirci altri dati preziosi ed avviarci a riconoscere, di questa, la vera etiologia. Così nei miei sei casi, mentre la lue figura nei precedenti anamnestici due sole volte in modo sicuro ed altre due volte in modo dubbio e mentre due sole volte vi figura la blenorragia, *non manca mai l'artritismo*.

Gli esami clinici me lo hanno sempre fatto confermare: le urine sempre ricche di urati e di acido urico; l'età dei malati che coincide con quella in cui la diatesi artritica si suole manifestare; le analogie di formazione e di decorso fra i *nodi* o *tofi gottosi* e le *placche di sclerosi* nei c. c. del pene, con pari andamento subdolo e lento e con identica consistenza, che va dal semplice indurimento fibroso fino alla calcificazione; nonchè la resistenza alle cure specifiche, compresa l'antiluetica e finalmente la guarigione spontanea non rara, costituiscono altrettanti dati per farci ritenere identici i tofi gottosi e le sclerosi essenziali dei c. c. per la comune origine nella alterazione del ricambio materiale.

Il Kirby per primo attribuì l'*induratio penis plastica* alla diatesi artritica. Egli la riscontrò in individui che presentavano anche nodi delle guaine tendinee o la retrazione dell'aponeurosi palmare (morbo del Dupuytren), di origine sicuramente gottosa. Della stessa idea furono in seguito il Cameron, il Tuffier — che concluse *«l'Affection est liée à la goutte ou au diabète»* — ed il Verneuil che ne limita addirittura la patogenesi al solo diabete. Nel 1912 il Sachs, che fin dal 1902 è stato fra i sostenitori dell'origine artritica della s. dei c. c., ha pubblicato 6 casi suoi ed uno del Callo-

mon, nei quali la guarigione si è avuta senza alcuna cura. Egli perciò ha emesso l'ipotesi che nel sangue dei malati di s. dei c. c. circolino delle sostanze, fibriplastiche, organizzatrici degli indurimenti e che, in date circostanze, interverrebbero altre sostanze, fibrolitiche, a determinare il riassorbimento dei medesimi.

Tutte queste concezioni riattaccano — qualcuna in modo troppo circoscritto ed assoluto (Verneuil) — *l'induratio penis plastica* al neuro-artritismo. Esse sono confermate da dati clinici e statistici. Ed i miei sei casi concorrono ad avvalorare tale concezione etiologica. Però errerebbe chi volesse far derivare dallo artritismo tutte le forme di sclerosi dei c. c. L'artritismo a me pare che sia la causa essenziale — se non sempre unica — della *induratio penis plastica*. Ma per non sbagliare, generalizzando troppo, bisogna distinguere, sotto il punto di vista etiologico e prognostico, la sclerosi primaria o essenziale dei c. c. dalle sclerosi secondarie. Queste, come ho detto, possono derivare da diversi processi infiltrativi, ma specialmente dalla lue, quando hanno per sede i c. c. del pene, e dalla blenorragia quando occupano il c. c. dell'uretra. La blenorragia, con le sue complicazioni, ed i traumi influiscono per la loro azione locale o immediata. La sifilide invece esplica un'azione sia locale (lesioni iniziali o terziarie), sia generale. Per questa è stata rassomigliata alle diatesi, in passato (parasifilide), e riesce sclerosante per eccellenza sui vari tessuti, dei quali accelera la senilità (prostata, apparecchio cardio-vascolare, ecc.). È il *locus minoris resistentiae*, che i suddetti agenti patologici preparano ed offrono alla gotta, nelle sue manifestazioni topografiche, che sono sempre dell'età adulta e che per sintomatologia sono identiche ai nodi sclerotici del pene. Questi, quando sono di natura gottosa, differiscono dalle sclerosi secondarie alla blenorragia, alla sifilide, ai traumi o ad altri agenti produttori di esiti cicatriziali.

La cura, come ho già accennato, viene a confermare ciò. Non parlo della cura chirurgica che non potrebbe che avere per risultato una cicatrice, qualunque fosse l'origine della sclerosi operata, e perciò non potrebbe ovviare i danni di questa. La terapia antisifilitica è inefficace e può giovare solo indirettamente, in quanto elimina l'azione concomitante della lue, quando c'è (caso del Montesano curato con preparati idrargici e con la fibrolisina Merck). Si intende che quando la terapia antisifilitica è efficace (casi del Gaucher) bisogna pensare non alla sclerosi essenziale, ma a vere manifestazioni luetiche. La fibrolisina non ha dato da sola buoni risultati. Il Define ebbe un insuccesso in un caso in cui l'individuo affetto da sclerosi dei c. c. era un diabetico. Ed è questa un'altra conferma dell'etiologia uricemica della sclerosi essenziale dei c. c., sebbene il diabete non sia da invocarsi quale causa unica, ma quale malattia facente parte del gran gruppo del neuro-artritismo. Di recente il Guarini ha riferito un risultato soddisfacente in un caso di s. dei c. c. curato con la Röntgenterapia. E se si pensa che i mezzi fisici, precipuamente massaggio ed elettricità galvanica, furono usati con qualche buon risultato, fin dall'epoca del veneziano Pivati, contro i tofi (Charcot), si può comprendere l'efficacia dei raggi X e trovare in ciò un argomento ancora nell'identificare i tofi con la sclerosi essenziale dei c. c. Vi sono poi casi di guarigione spontanea di questa infermità (Sachs e Callomon), proprio come talora avviene per i nodi gottosi — del padiglione dell'orecchio, delle pinne nasali, delle palpebre, ecc. — coi quali le sclerosi dei c. c. hanno comune l'origine e la natura nella loro varietà primaria o essenziale. La quale deve essere ritenuta una genuina espressione della gotta da distinguersi dalle altre forme di sclerosi della stessa sede, che possono anche essere, talora, influenzate dalla alterazione del ricambio materiale, ma che meritano altro trattamento curativo e differente giudizio prognostico in rapporto alla loro differente etiologia.

In conclusione: classificando le varie forme di sclerosi dei c. c. che sintomatologicamente si somigliano — si arriva a farne due gruppi, distinti etiologicamente. Uno di tali gruppi può denominarsi della *sclerosi essenziale o primitiva dei c. c.* e costituisce la vera *induratio penis plastica*, di origine gottosa. L'altro gruppo, delle *sclerosi secondarie*, deriva, etiologicamente, da varii agenti; fra i quali primeggiano la blenorragia, la lue, i traumi, la tubercolosi e gli agenti flogistici ed infettivi in genere.

Voler continuare a confondere tutte queste forme significa non raccapezzarsi nella loro varia etiologia e continuare a negare o ad affermare questa o quella origine patogenetica della infermità spesso incresciosa e talora grave per le sue conseguenze funzionali e per i suoi riflessi psichici.

La polietiologia della sclerosi dei c. c. non era sfuggita al Ricord, il quale ne descrisse tre grandi varietà. Egli distinse le sclerosi dei c. c. in traumatiche, in infiammatorie ed in sifilitiche. Però soggiunse, come scrive il Zislin, di averne osservato « exceptionellement une variété dont la cause exacte lui échappe

completement et qu'il attribue à une suffusion plastique, indépendamment de toute condition inflammatoire ». E questa varietà, non certo frequente, è costituita dagli indurimenti plastici di pura origine neuroartritica, che sarà opportuno denominare *sclerosi essenziali dei c. c. del pene* per distinguerli dagli altri indurimenti secondarii, derivanti dagli svariati agenti sopraccennati.

Bologna (Università), maggio 1924.

BIBLIOGRAFIA.

BERDAL. *Trattato pratico delle malattie veneree.* Trad. SIMONELLI. Edit. Vallardi.
CALLOMON. Mediz. Klin., n. 13.
CAMERON. Bull. de la Soc. Méd. de Glascow, oct. 1879.
CHARCOT, BOUCHARD e BRISSAUD. *Trattato di medicina.* Unione Tipografica editrice, Torino.
DEFINE. Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle, 1909.
ETIENNE. Annales de la Polyclinique de Toulouse, 1893-1896.
FINGER. *La blenorragia degli organi sessuali e le sue complicazioni.* Trad. BERTARELLI. Unione tipogr. editrice, 1898.
FOURNIER A. *Traité de la Syph. Ruef.* Paris, 1906.
FUSCO. Policlinico, Sez. Pratica, anno XX, fascicolo 47.
GAUCHER. *L'induration des corps caverneux et sa nature syphilitique.* Annales des maladies vénériennes, 1916.
GUARINI. Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle, 1922.
KIRBY. Dublin Medic. Journal, 1850.
LA PEYRONIE. Mémoire de l'Académie de Chirurgie, 1743, T. I, pag. 423.
MAURIAC. *Sclerose des c. c.* Gazette hebd. de Méd. et de Chir., 1887.
MONTESANO. *Sulla cura della sclerosi dei c. c.* Giornale italiano delle mal. veneree e della pelle, 1914.
RICORD. Gazette des hôpitaux, 1847.
SACHS. Wiener Klin. Woch., 1902, n. 5.
ID. *Contributo alla guarigione spontanea dell'indurazione plastica dei c. c. del pene.* Archiv. f. derm. u. Syph., vol. 139, 1912.
TUFFIER. Annales des maladies des organ. génit.-urin., 1885.
VERNEUIL. Bullet. de la Soc. de chir., 1892.
ZISLIN. *Les indurations plastiques des corps caverneux.* Vigot frères, Paris 1911.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE S. MARIA DEI BATTUTI
SAN VITO AL TAGLIAMENTO.

Su due casi di corpi estranei nell'esofago.

Dott. cav. PIERO MASOTTI,
chirurgo primario, direttore.

Spesso i corpi estranei nell'esofago vengono osservati nel fanciullo che di solito di tutta fretta viene condotto dai genitori alle nostre cure, perchè inavvertitamente per giuoco ha inghiottito una moneta; un bottone, un dado, un sassolino! Sovente il fanciullo soffoca: si rovescia con la bocca spalancata, gli occhi sporgenti, la faccia bluastra. Indarno la madre, i parenti appena accortisi dell'accidente, presi da vera frenesia, con le dita ed altri strumenti impropri, cercano estrarre il corpo straniero, riuscendo qualche volta a spingerlo più profondamente e ad arrecare maggiori sofferenze alla piccola vittima.

Il sanitario cerca egli pure, introducendo un dito in gola di sentire e forse così di estrarre l'ostacolo; ma il più delle volte non può raggiungere l'intento e deve prestare un aiuto ben più importante.

Salvo eventualità di estrema urgenza il primo dovere del pratico è sempre quello di conoscere la sede del corpo estraneo e di assicurarsi della sua presenza, per non incorrere in manualità che poi potrebbero apportare spiacevoli conseguenze, e nel tentativo di diverse attitudini e di succussioni quasi sempre inutili.

Riferisco due casi di corpi estranei nell'esofago, da me estratti a due fanciulli che vennero inviati alle cure del pronto soccorso dell'Ospedale, non per l'importanza dei casi stessi, ma perchè reputo opportuno portare un modesto contributo alla casistica clinica.

Fogol... Giovanni, di anni 8, da S. Vito, il giorno 5 maggio 1923, venne condotto dalla madre nel mio Ospedale perchè un'ora prima giuocando aveva inghiottito una moneta da cinque centesimi. Di subito comparvero fatti di soffocazione e attacchi di tosse stizzosa, conati di vomito. Appena giunto da me, edotto dell'accaduto tentai una ispezione della retrobocca, con l'esplorazione digitale; ma nulla constatai; seppi solo che il ragazzetto si lagnava di un dolore al collo subito al di sotto del giugulo. Il piccolo paziente respirava benino ed invitato ad ingerire del liquido, lo faceva senza difficoltà di modo che pensai che la moneta, di vecchio conio, ostruisse solo in parte l'esofago.

Non fornito di apparecchio per esame radiografico stimai opportuna cosa, invece di insistere con manovre esplorative con sonde esofagee olivari, od altre, di tentare senz'altro la

estrazione con ogni cautela necessaria. Coricato il piccolo paziente per nulla impressionato del fatto, passato il primo momento di angoscia, sul dorso, con la testa pendente sul bordo del letto, divaricate le mascelle con un apri-bocca presi l'*uncino esofageo di Kirmisson* ed introdottolo sulla guida del mio dito sinistro il più basso possibile, lo feci discendere col becco in dietro lungo la parete posteriore dell'esofago sino al contatto del corpo estraneo: avvertitane la presenza ed urtatolo, lo sorpassai in dietro ed al disotto, inclinando fortemente l'asta dello strumento in avanti. Avuta la sensazione di aver fatto presa sulla moneta, con piccole mosse di va e vieni, tirai in alto, tenendomi possibilmente sulla linea mediana con un movimento rapido e continuo, senza sforzi e senza esitare ed estrassi così la moneta da poco ingoiata, con gran gioia della madre e con mio compiacimento.

Ebbi occasione di rivedere il giorno appresso il ragazzetto che venne a ringraziarmi per il nessun dolore che gli avevo arrecato e per averlo subito liberato dall'ingrato ospite!

Inviata dal medico del luogo il 3 luglio 1923 veniva al mio ambulatorio accompagnata dai genitori la ragazza Annita Sal.... di anni 12 da Sesto al Reghena, affermando che circa *ben sette mesi fa*, aveva, a suo dire, inghiottito una moneta di vecchio conio da 10 centesimi. Non avendo dato in allora l'accaduto che sintomi di vomito, si credette che la moneta, o senza accorgersene fosse venuta all'esterno, o che fosse discesa nello stomaco. Sta il fatto che non vi si fece più caso; ma più avanti, essendo insorti lievi sintomi di disfagia, si preferì ricorrere alle solite comari ed ai decantati rimedi per la gola, per le raucedini; finalmente, vedendo tutto vano, andarono dal medico che vedendo tutto vano, venne consultato il medico che credendo e non credendo, iniziò una cura aspettativa e calmante. Questi susseguentemente avendo suggerito il ricovero in Ospedale per opportuna indagine e trattamento, ebbe la sorpresa di non veder più nè malata, nè genitori!

Passato un altro po' di tempo, la ragazza, impressionata dal fatto che tanto le sostanze solide, che le semisolide, venivano rigurgitate dopo la ingestione e che non poteva più cibarsi, si recò nuovamente dal sanitario, che senz'altro la inviò alle mie cure, rendendomi edotto dell'antefatto.

Da quanto esposto, arguii che effettivamente un ostacolo dovesse essere in sito e sprovvisto dell'apparato per opportuno esame radiografico, stimai inutile maggiormente temporeggiare e passai ad un sondaggio esplorativo. Sistemata convenientemente la paziente, divaricate le mascelle con il solito apri-bocca, sulla guida del mio dito indice sinistro, introdussi una semplice sonda esofagea con molta lentezza e poco dopo appena a livello del secondo restringimento ebbi una sensazione di arresto e di sfregamento. Ritirata allora la sonda, preso il solito uncino esofageo di Kirmisson, quale strumento meno pericoloso e più adatto, lo introdussi lungo la parete posteriore dell'esofago in modo che l'uncino guardasse in avanti; riuscito ad avere la percezione di essere al di là dell'ostacolo, con lenta trazione ritrassi l'asta e riuscii ad asportare la moneta senza alcun incidente, fra le lacrime della ragazza; commossa di essere alla fine liberata da un grave disturbo!

La moneta appariva a bordi consumati, forse dall'uso, molto ossidata ed in alcuni punti con delle macchie verdastre!

Non è qui il caso io mi dilunghi sulle cause anatomiche che favoriscono l'arresto dei corpi estranei, o sopra, o sotto, il secondo restringimento esofageo, od oltre; nè che accenni ai vari corpi; nè alla loro posizione; nè al perchè la disfagia può apparire più, o meno, tardiva, a meno che la tumefazione della mucosa esofagea, non renda una occlusione completa; rimandando a quanto sull'argomento venne scritto nei lavori classici. Soltanto faccio osservare come non avendo a disposizione un apparato per radiografia, nè per l'esofagoscopia, devesi ricorrere all'esplorazione preliminare che renderà più metodica, se non semplice, la manovra d'estrazione. Questa estrazione strumentale deve essere però fatta prudentemente, con dolcezza e senza fretta.

È oggi da preferirsi in ogni caso ai diversi strumenti ed al panierino del De-Graefe, il piccolo uncino di Kirmisson di contorni smussi, più facile a scivolare dietro la moneta, di solito situata di piatto ed applicata contro la parete anteriore dell'esofago; uncino che la prende nel ritorno e la riporta facilmente all'esterno.

In fine bisogna esser ben prevenuti, che tutte queste manovre estrattive eseguite senza visione diretta, sono difficili e pericolose tanto più, quanto minore è in chi le pratica la tecnica strumentale.

San Vito al Tagliamento, dicembre 1923.

OSPEDALE CIVILE DI ATESSA.

Un caso di corpo estraneo nello stomaco. [1]

Dott. FELICE TROJANO, chirurgo primario.

Non credo inutile, ai fini della presente Rivista, riferire un caso di corpo estraneo dello stomaco, capitato alla mia osservazione, nel gennaio dello scorso anno.

D'O. Maria Domenica, di anni 44, casalinga. Entra in Ospedale il 5 gennaio 1922 e viene operata subito. Soffriva da vari anni di malattia mentale, caratterizzata sopratutto da mania di persecuzione. L'anno scorso fu ricoverata per vari mesi in una casa di salute di Napoli. Ha tentato varie volte di suicidarsi, cercando di buttarsi dalla finestra o nella ci-

(1) Comunicazione presentata al 5° Congresso Sanitario di Abruzzo e Molise.

sterna; doveva perciò essere continuamente sorvegliata dalla famiglia.

Ieri a mezzogiorno, approfittando di un momento, in cui era rimasta sola in camera, si introduceva nell'esofago, col proposito di por fine ai suoi giorni, un lungo spillone da testa. A pranzo non volle mangiare, dicendo di non averne voglia. Verso sera, vedendo che il mezzo escogitato non sortiva il suo effetto, incominciò a preoccuparsi del corpo estraneo ingerito e tentò di estrarlo, provocandosi il vomito, ma sin dai primi sforzi insorse vivo dolore retrosternale, che la fece desistere. La sera stessa, a tarda ora, cedendo al dolore ed alle domande insistenti della famiglia, raccontò l'accaduto e la mattina dopo veniva portata all'Ospedale, per le cure del caso.

L'inferma accusa un dolore retrosternale, a carattere trafittizio, che si acuisce con i movimenti del torace e con i tentativi di deglutizione. Racconta sommariamente che il corpo estraneo, un lungo spillone, di cui la famiglia mostra un esemplare, fu introdotto per la capocchia, estendendo fortemente il collo e spingendolo quanto più fu possibile con le dita.

In mancanza del sussidio dell'esame radiologico, la lunghezza del corpo estraneo, il modo come fu introdotto e la sede del dolore, mi fanno ritenere che l'unica via, per raggiungerlo e per estrarlo, fosse quella gastrica e procedo perciò alla laparotomia.

Anestesia con H. M. C. ed etere. Laparotomia epigastrica. Lo stomaco, attratto fuori della ferita ed esplorato, non contiene nè alimenti nè corpo estraneo. E' solo palpando profondamente in alto, nella regione del cardias, che si riesce a sentire la testa dello spillo, stretta fra le pareti dell'ultima porzione del tubo esofageo. Con l'espressione digitale, a monte di esso, si riesce ad attrarre lo spillone nel ventricolo, estraendolo poi attraverso una bottoniera, praticata nella sua parete anteriore. Gastiorafia; sutura dell'addome.

Lo spillone estratto è lungo ventuno centimetri e più ed è provvisto di una capocchia sferica di circa un centimetro di diametro, guarnita di punte di ottone (fig. 1).

I corpi estranei possono giungere nello stomaco, sia per via esofagea che attraverso una scontinuità della sua parete (ferite, ulcerazioni). Ci occuperemo solo dei primi.

Svariati sono i corpi estranei, che possono giungere allo stomaco, attraverso l'esofago. Essi possono essere inghiottiti con gli alimenti (spine di pesce, pezzi d'ossa, noccioli di frutta, ecc.), o possono cadere incidentalmente nel faringe ed essere deglutiti, come accade sovente ai bambini (monete, bottoni, spilli, ecc.), ai vecchi (dentiere), ai narcotizzati o ai dormienti, o infine essere spinti nell'esofago per aberrazione mentale (spilli, pietre, pezzi di legno, forchette, cucchiai, coltelli, frammenti di sciabole, ecc.).

È classico il caso riferito da Thomson (Edimbourg médical Journal, T. II, maggio 1909), di un prigioniero, che, a scopo suicida, inghiottiva in una sola volta 28 gangi di ferro della lunghezza di cm. 5, sei chiodi, 32 pezzi di porcellana e 19 scheggie di metallo. I corpi estranei in parte furono emessi spontaneamente, mediante purghe e clisteri quotidiani ed in parte estratti mediante gastrotomia. L'infermo guarì. Jaque Y Espinosa (Archivos espanoles de enfermedaoes del aparato digestivo y della nutricion, T. III, 1920) riferisce che un uomo cinquantatreenne, sofferente di stomaco da lungo tempo, durante una crisi dolorosa, sperimentate invano molte medicine, accettava un rimedio offertogli da un amico, ingerendo nel parossismo anche l'astuccio di metallo, che lo conteneva. Gastrotomia dopo più di 20 giorni ed estrazione del corpo estraneo. Durante l'atto operativo veniva riscontrato ed aperto un ascesso dello spazio epato-gastrico, forse da antica ulcera. L'infermo moriva dopo quattro giorni per peritonite.

Jackson e Spencer (The Journal of the American Medical Association, 1921, vol. 76, pagine 577 e seguenti) riportano recentemente due casi di corpi estranei dello stomaco: un bambino di sei mesi, che aveva inghiottito due spille di sicurezza incatenate ed un bambino di dodici mesi, che ne aveva inghiottita una aperta.

In entrambi le spille furono estratte mediante gastroscopia.

In genere i corpi estranei, giunti nello stomaco, tendono a passare il piloro ed essere eliminati per via rettale; se a ciò si oppone la loro forma, il loro volume, il loro peso, o altra

causa, possono rimanere lungamente nel ventricolo, senza dar segni di sè. Il chirurgo giapponese Hashimoto estrasse dallo stomaco di un uomo quarantanovenne uno spazzolino da denti, ingerito 14 anni prima. Molti corpi estranei sono stati riscontrati solo all'autopsia.

In altri casi però essi sono causa di sofferenze atroci, flogosi acute e croniche, perforazioni, peritoniti, ecc.

L'emissione, mediante il vomito, è rara e alle volte pericolosa, come rara è l'evenienza dell'espulsione, attraverso una fistola cutanea. In genere, tutte le volte che è possibile, si cerca di favorire la progressione del corpo estraneo, attraverso l'intestino, inglobandolo con alimenti ricchi di residui o si può tentare di estrarlo per via esofagea, mediante la gastroscopia. Quando per una ragione qualsiasi questi tentativi non si possono attuare o sono falliti, fa d'uopo ricorrere alla gastrotomia. In ogni caso è utilissimo il sussidio dell'esame radioscopico.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

Importanza dei traumi nelle malattie organiche e funzionali del sistema nervoso.

(K. WILSON. *Journ. A. M. A.*, 29 dicembre 1923).

L'argomento, in regime di assicurazione sugli infortuni, assume un'importanza sociale, oltrechè scientifica.

Il trauma fu definito «un'anormale condizione del corpo, cagionata da un agente esterno», mentre l'infortunio sarebbe «una lesione prodotta da cause esterne imprevedute». Però in regime assicurativo all'infortunio viene equiparata la malattia professionale, e quelle malattie che da circostanze del lavoro hanno tratto una concausa, se non pure la causa efficiente.

Però molte volte si ammette l'importanza del trauma per malattie ad etiologia ancora ignota, ad es. la sclerosi a placche, esagerandone l'importanza: anche nelle malattie nervose e mentali le cause specifiche vanno attualmente detronizzando le cause generiche.

La colossale esperienza della recente guerra dimostra, secondo l'A., la nessuna importanza dei traumi del capo nell'etiologia dei tumori cerebrali e della sclerosi disseminata. Per la neurosifilide concede l'A. che si possa ammettere la concausa se i sintomi a carico del sistema nervoso cominciano a manifestarsi entro brevissimo tempo dal trauma, una settimana al massimo.

L'argomento dell'esperienza post-bellica negativa esclude, secondo l'A., i traumi dall'etiologia delle altre malattie organiche del sistema nervoso, che hanno per base anatomica una degenerazione o un'abiotrofia.

Anche per l'epilessia l'A., al pari di Turner, ha osservato che essa si è manifestata appena nel 5 % dei grandi feriti del capo, onde si può concludere che l'alterazione locale del tessuto nervoso non basta a cagionare l'epilessia traumatica, ma occorre un altro fattore, probabilmente ereditario.

Riguardo alle neurosi, è lecito affermare che la concussione del midollo e del cervello non può dare fenomeni duraturi di eccitazione, ma solo di paralisi, i quali svaniscono entro un certo tempo: se persistono, si tratta di lesioni organiche. Possono durare a lungo le cosidette neurosi traumatiche, disturbi in rapporto con la memoria del trauma, anzichè col trauma stesso (J. Collie), rese ora più frequenti da fattori coscienti e subcoscienti, in rapporto col regime di assicurazione e di indennizzo.

Anche all'infuori della simulazione, vi sono, come è ben noto, casi che guariscono solo con la «cura aurea».

D. Booth si duole che l'importanza dei traumi, troppo leggermente affermata in certi trattati classici di medicina, venga senza discernimento riconosciuta dai giudici in base a detti trattati, scritti per medici di giudizio e non pei legali.

DORIA.

Delle nevralgie ascendenti d'origine traumatica.

(LERICHE e WERTHEIMER. *Revue de Chirurgie*, n. 3, 1924).

Il Sicard, al Congresso degli alienisti e dei neuropatologi del 1905, in base alla casistica precedente, ha individualizzato e stabilito il quadro clinico delle nevriti ascendenti posttraumatiche.

Gli AA. a cominciare da quell'epoca, prescindendo dalle lesioni di guerra, raccolgono altre 10 osservazioni di altri autori e tre proprie che concorrono a completare la sindrome del morbo su cui esiste ancora tanta oscurità.

Il nome di neurite comunemente usato presuppone un fatto flogistico del nervo e difatti molti parlano d'una nevrite interstiziale a diffusione centripeta. Però i reperti anatomici sono rari per la relativa benignità del male, e anzi si può dire che esiste solo quello del Dejérine e Thomas (1909), in cui si illustra una degenerazione che dai n. collaterali del pollice si diffonde per il radiale e il mediano fino alla VI e VII radice. I gangli rachidiani corrispon-

denti mostrano una particolare alterazione con riduzione degli elementi cellulari. Nel midollo si rilevava una degenerazione bilaterale dei cordoni posteriori che sembra riferibile a tabe frusta.

In questo reperto il Sicard vede avvalorata la sua ipotesi circa un'origine gangliare del male, ma gli AA. tenderebbero piuttosto ad un'origine radicolare.

Relativamente alla natura infettiva del male è notevole il fatto che esso può seguire a ferite infette o meno e financo a frattura chiusa di un metacarpo (Leonhardt e Norero)

L'Homen nei conigli iniettando nei nervi germi comuni li avrebbe trovati poi nel midollo. Ma Sicard e la sua scuola e Verger e Brandeis ripetendo le stesse esperienze con germi e con particelle solide non hanno ottenuto lo stesso risultato.

Il Cunéo sostiene che la lesione sia dovuta alla diffusione lungo i nervi delle sostanze tossiche da germi comuni rimasti localizzati, come per il tetano e per la rabbia; però in queste due malattie la diffusione non è accompagnata da alterazione nervosa; la nevrite sarebbe rara rispetto alla frequenza dell'infezione e non sempre questa è dimostrabile nella ferita originaria.

Gli AA. pensano che con un attento esame di varie circostanze etiologiche e cliniche si può assurgere ad una concezione patogenetica, la quale può riuscire praticamente utile per la cura.

Difatti la dubbia natura infettiva, la rapida evoluzione del male, il suo diffondersi con crisi parossistiche e senza un'esatta sistemazione topografica, l'associarsi di fatti vasomotori e trofici, la sproporzione fra la sintomatologia e la causa produttrice, tutti caratteri delle malattie simpatiche, fanno nascere il sospetto che anche questo morbo sia di tal natura.

In questa interpetrazione la nevrite ascendente si avvicina al moncone doloroso in cui il Wertheimer ha dimostrato un notevole sviluppo vasale periradicolare posteriore e fatti di aracnoidite.

Da una tale ipotesi risulta, dal punto di vista terapeutico, che in primo tempo a scopo profilattico conviene escidere la cicatrice dolorosa, ma ulteriormente quando si è verificata la diffusione ogni operazione periferica è vana e l'intervento più razionale consiste nella radicotomia estesa e precoce per prevenire le lesioni midollari.

Tal pratica forse darà il modo di scoprire in questo morbo delle lesioni anatomiche simili a quelle del moncone doloroso.

S. GUSSIO.

L'encefalite letargica e le sue affezioni secondarie.

(NONNE. *Anales de la Facultad de med. de Montevideo*).

Senza dubbio la varietà delle forme di encefalite letargica sotto le quali la malattia si presenta, infermità la quale si localizza a preferenza nel mesocefalo, potendo però attaccare qualsiasi parte del sistema nervoso centrale, dal polo frontale fino alla coda equina, può spiegarsi solo in parte con la localizzazione casuale dei focolai infiammatori, nella maggior parte dei casi il proteismo del quadro clinico dovrà attribuirsi al comportamento biologico del medesimo virus. Altrimenti non spiegherebbesi perchè ciascuna epidemia oltre ad offrire sporadicamente tutti i quadri clinici, è caratterizzata dal predominio di una forma clinica particolare, sia per quel che si riferisce ai sintomi speciali, sia per quel che riguarda l'acuzie della malattia, la sua tossicità, la tendenza a produrre affezioni secondarie. Per l'epidemiologia, la prima epidemia di Vienna, come sintomi particolari mostrò irritazioni delle meningi, sonnolenza, oftalmoplegia esterna; l'epidemia francese del '18, febbre, sonnolenza ed oftalmoplegia esterna, mentre nell'epidemia inglese del medesimo anno si osservarono numerosi casi della cosidetta paralisi agitante «sine agitatione». L'epidemia di Amburgo del '19 fece notare specialmente disturbi pupillari e frequenti forme bulboparalitiche e parkinsoniane. Nella epidemia centro-europea del '20 primeggiano le forme ipercinetiche, con deliri, neuralgie, mioclonie, agitazione coreiforme, stato grave di intossicazione generale accompagnato da febbre con sonnolenza ulteriore.

La conoscenza della multiforme sintomatologia della encefalite ci permette di far rientrare nel suo quadro epidemie che autori fanno risalire ad Ippocrate, di letargo, o più recentemente di malattia del sonno, di nona, di corea elettrica, di encefalomieliti subacute. Nei casi tipici non è difficile dunque la diagnosi; come regola generale si riterrà che, a causa stessa della infinità dei sintomi che la malattia può presentare, ad essa si dovrà pensare in ogni caso di malattia generale, con inizio acuto e decorso febbrile atipico, che offra un insieme di sintomi difformi a carico del sistema nervoso, come per es. deliri apirettici con convulsioni fascicolari dei muscoli addominali, corea con diplopia, ecc. Non si può parlare di l. cefalorachidiano a caratteri patognomonici.

Per quanto riguarda le affezioni secondarie,

si può dire che le sindromi acute e che conducono od alla morte od alla guarigione in 2-6 mesi non bastano per spiegare tutto il comportamento clinico della malattia. Già l'epidemia del 16-17 aveva dimostrato che vi sono casi isolati che non guariscono completamente, assumendo anzi un decorso cronico progressivo, però poco uniforme. L'autopsia di uno di questi casi dimostrò che oltre agli antichi focolai encefalitici ne esistevano altri di formazione recente nel cervello, il che prova evidentemente che il virus encefalitico può permanere per molti anni nel sistema nervoso centrale producendo nuove eruzioni patogene. Questo fatto spiega all'A. come recidive dell'e. l. due casi nei quali dopo più di 6 mesi dalla guarigione, si presentò una emicorea. Mentre che i sintomi residuali possono considerarsi come guarigioni in difetto, le recidive ed i casi cronici si spiegano con la permanenza del virus nell'organismo. Mentre la e. l. suole predominare nei mesi di gennaio, febbraio, marzo, le recidive sogliono limitarsi ai mesi di autunno, cioè in ottobre ed in novembre.

I sintomi che accompagnano le affezioni secondarie sogliono essere molto differenti. La maggior parte dei p. si lamenta di disturbi somatici, cioè di tremori, paresi, alterazioni riflesse, sintomi bulbo-paralitici, disturbi dei muscoli oculari o dell'accomodazione, neuriti ottiche, neuralgie, corea od attacchi di epilessia, ovvero di molestie psichiche (ansietà, disturbi neurastenici), in altri appare il quadro clinico del parkinsonismo, cioè della paralisi agitante però senza tremori. Alcuni si lagnano di perturbazioni del sonno, sonnolenza ed agripnia, o inversione. Da ciò si comprende che il quadro sindromico delle affezioni secondarie della e. l. offrirà quasi la stessa varietà delle forme acute. Il parkinsonismo ci interessa: sono i casi che si caratterizzano per la scarsa mimica, per il viso coperto di una essudazione acetonica (secrezione anormale delle glandole sebacee) per lo ptialismo, per la balbuzie, per l'atteggiamento del corpo, per lo intorpidamento generale, per il cammino insicuro, per la retro-pulsione, ed in non rari casi per un tremore molto caratteristico, e per la poco volontà di muoversi che mostrano gli infermi. Tale stato si può aggravare fino all'acinesia completa, alla totale catalessi. La prognosi per il parkinsonismo pronunziato è poco favorevole.

Per quanto riguarda la etiologia, viene ammesso come probabile agente il diplostreptococco pleomorfo di Wiesner; la cavità nasofaringea è il punto di ingresso dell'infezione. Noguchi, Levaditi ed altri hanno dimostrato che l'agente patogeno è filtrabile, e che anche l'Herpes zoster e il simplex, sono capaci per inoculazione di dar luogo ad encefaliti acute. Relazioni etiologiche genetiche con l'influenza non sembrano esistere: esistono fra di esse relazioni di carattere sconosciuto.

Per la terapia, non possediamo finora una medicazione specifica: utile è l'uso nelle forme acute della soluzione di urotropina o iodica di Pregl.

MONTELEONE.

Sulla patogenesi dell'idrocefalo.

(A. DIETRICH. *Münch. Med. Wochenschrift*, n. 34, 1923).

Si è sempre creduto che il liquido cerebrospinale venga prodotto dai plessi coroidei, o per filtrazione oppure per secrezione. Recentemente però è stata emessa l'ipotesi che i plessi anzichè secernere, riassorbissero il liquor, e, più specialmente ancora, determinate sostanze in esso contenute. La funzione secretiva dei plessi è resa poco probabile dalla struttura papillare e non ghiandolare di essi (strutture villose hanno nell'organismo una prevalente funzione riassorbente), e dall'ubicazione di essi nei punti di uscita e nei punti più declivi dei ventricoli. Sono state inoltre osservate delle dilatazioni ventricolari bloccate, in cui il liquido non può essere provenuto dai plessi. L'ipotesi detta non nega che l'epitelio dei plessi possa anche assorbire delle sostanze dal sangue (accumulo di glicogeno nel feto, accumulo d'argento nell'argirosi). La ipotesi della funzione assorbente dei plessi è avvalorata dai reperti di emosiderina in essi in casi di emorragie intraventricolari; emorragie intracerebrali non sono invece mai seguite dall'apparizione di emosiderina nei plessi. Un altro argomento in favore della detta funzione dei plessi è la differenza che spesso si riscontra tra il liquor spinale e quello ventricolare. Così nell'ittero si possono trovare pigmenti biliari nel liquor spinale e non in quello ventricolare; così la reazione di Wassermann e la reazione di Nonne possono essere positive nel liquor spinale, negative in quello ventricolare. Quando invece il plesso stesso è ammalato viene a mancare la sua funzione riassorbente e nel liquor spinale ed in quello ventricolare si possono dimostrare le stesse sostanze patologiche.

Questa concezione della funizone dei plessi è importante per la patogenesi dell'idrocefalo. Il liquor viene secreto dall'ependima e riassorbito dai plessi. Quando il liquor è aumentato di quantità per una eccessiva sua produzio

ne (infiammazioni) oppure per un impedimento al suo deflusso (tumori, occlusioni dei forami di uscita), l'idrocefalo rimane limitato fino a che i plessi sono integri e quindi in grado di riassorbire il liquor aumentato; ciò è il caso specialmente nell'idrocefalo meccanico determinato specialmente da tumori cerebrali. L'idrocefalo raggiunge invece gradi molto intensi se oltre ad una iperproduzione di liquor od a un impedimento al suo deflusso esistono lesioni dei plessi che ne diminuiscono la funzione riassorbente; questo è il caso specialmente nell'idrocefalo infiammatorio, p. es. nella meningite tubercolare. È riferito un caso di idrocefalo post-meningitico che iniziatosi nel primo anno di vita permise all'ammalata di raggiungere i 39 anni. L'autopsia dimostrò un idrocefalo interno spiccato in seguito a blocco completo del liquor ventricolare. L'esame istologico dei plessi dimostrò che essi erano relativamente integri. Questa integrità dei plessi avrebbe consentito uno stato di equilibrio per cui la pressione del liquor non aveva mai raggiunto una intensità incompatibile con la vita.

Pollitzer.

Come si può modificare la pressione del liquido cefalo rachidiano.

(Werthelmer. *Rev. de Chirurgie*).

Il Leriche e l'A. suo discepolo, in una serie di lavori hanno dimostrato l'importanza del fattore fisico nella fisio-patologia del liquido cefalo rachidiano e l'importanza della modificazione della pressione di esso nell'epilessia Jacksoniana e in altre malattie dove ipo- e ipertensione possono dare quadri uguali.

Weed e Mc. Kibben hanno insegnato sperimentalmente il modo di far variare la pressione di detto liquido. Il Leriche, l'Haden, il Faley, il Sachs hanno cercato di applicarlo in Clinica.

Weed e Mc. Kibben sui gatti hanno dimostrato: che l'iniezione sottocute di 100 cc. di liq. di Ringer eleva per poco la pressione del liq. c. r. e per breve, mentre l'iniezione endovenosa o sottocutanea di acqua distillata dà un'elevazione notevole (71-155 cm.), e duratura.

Per contro l'iniezione di una soluzione al 30 % di cloruro di sodio o di fosfato di sodio o di glucosio o satura di bicarbonato di sodio dà un abbassamento fino a 0 della pressione.

Essi inoltre hanno dimostrato, mettendo allo scoperto il cervello, che iniettando acqua distillata questo si rigonfia e sporge dalla breccia ossea, mentre iniettando soluzione ipertonica si affloscia.

Questi risultati in Clinica sono stati confermati da Faley il quale ha altresì constatato che gli stessi effetti si hanno se invece che per via endovenosa si somministra la soluzione ipertonica per via orale. L'A. e il Leriche hanno fatto uguale constatazione.

Quindi dall'insieme di questi studi risulta che la pressione del liquido cefalo rachidiano patologicamente può trovarsi *aumentata*, com'è il caso più frequente, e può essere corretta dall'iniezione o dall'ingestione di soluzione ipertonica salina, o zuccherata.

Viceversa la pressione può trovarsi *diminuita*, come secondo Leriche può aversi anche in certe epilessie Jacksoniane e può essere innalzata o dall'iniezione sottocutanea di siero artificiale o, meglio, dall'iniezione intravenosa d'acqua distillata.

Ora l'A. ha applicato queste conquiste terapeutiche in casi clinici:

In otto di essi si ha *ipertensione* associata a diversi quadri clinici.

In un caso si tratta di epilessia Jacksoniana d'origine traumatica.

In due casi d'epilessia generalizzata di probabile origine traumatica.

In due casi d'epilessia essenziale.

In un caso di meningite puriforme asettica.

In un caso di tumore cerebrale, in cui la iniezione ipertonica è stata usata a complemento di una trapanazione decompressiva.

In un caso di emicrania.

In tutti questi casi la pressione del liquido c. r. era di 20 o più.

Sono state usate delle iniezioni endovenose di glucosio al 30% tranne nell'ultimo caso in cui è stata usata soluzione di carbonato di sodio al 4% in siero artific. secondo Sicard.

In tutti questi malati, benchè l'esperimento non duri da lungo tempo, si ha avuto miglioria o guarigione sia degli attacchi epilettiformi che della cefalea.

In due casi si tratta di *epilessia traumatica* con ipotensione in uno di 12 e nell'altro di 9.

Il primo aveva avuto parecchie ipodermoclisi di siero artificiale con beneficii transitorii. Ricavò invece ottimi effetti e duraturi da due iniezioni intravenose d'acqua distillata una di 25 cmc. e l'altra di 40 cmc.

Il secondo ha subito quattro iniezioni endovenose di acqua distillata con guarigione degli attacchi epilettiformi.

Questi sono i risultati clinici i quali, benchè non siano stati seguiti a lungo per necessità di Clinica, tuttavia hanno un gran valore dimostrativo delle sopradette esperienze

e legittimano un metodo terapeutico ipotensivo e ipertensivo in caso di alterazione della pressione del liquido c. r.

Modalità d'applicazione. — La via venosa all'A. sembra la più sicura, la più rapida e la più semplice.

In caso di ipotensione consiglia le iniezioni endovenose a distanza di due giorni di 20 cc. di acqua distillata sterile. Se la sindrome insiste si può ripetere una seconda serie.

Se l'ipotensione è lieve si possono usare ipodermoclisi di siero artificiale che a Leriche hanno dato risultati soddisfacenti.

In caso di ipotensione l'A. preferisce una soluzione ipertonica di glucosio. Per iniezioni endovenose soluzione al 30% di glucosio, due iniezioni in sei giorni di 20 cc. ciascuna.

Per via orale glucosio grammi 40 in 100 di acqua da prendere in due volte nelle 24 ore, per sei giorni consecutivi. Faley e Putnam consigliano anche il cloruro o il solfato o il fosfato di sodio, allo stesso titolo, ma detti sali dànno disturbi intestinali. Si può usare altresì la via rettale.

Mai son seguiti accidenti notevoli. Talvolta per qualche ora si sono notati cefalea, vertigini.

Meccanismo d'azione. — I sopradetti risultati clinici oltre a provare l'effetto terapeutico del metodo confermano la possibilità di modificare le condizioni di pressione del liq. cef. rach.

Il meccanismo d'azione però è alquanto oscuro.

Intanto si può subito affermare che le modificazioni indotte dall'iniezione iper- o iso- o ipotonica sulla pressione del liq. cef. rach. sono quasi indipendenti dalla variazione di pressione arteriosa, poichè questa si modifica leggermente e per così breve tempo da essere trascurabile. Quindi il fenomeno non sembra effetto della modificazione della pressione arteriosa; ma di una filtrazione osmotica dai plessi coroidei e dagli spazi aracnoidei in rapporto con la massa cerebrale.

L'aumento della pressione del liq. c. r. e del volume del cervello per iniezioni ipotoniche, e viceversa la loro diminuzione per iniezioni ipertoniche, sono da attribuirsi ad una idratazione nel primo caso e a una disidratazione nel secondo, per un fatto osmotico dovuto alla concentrazione minerale.

Un'iniezione isotonica dà un aumento leggero e transitorio in rapporto non più col fenomeno osmotico, ma con l'aumento della pressione sanguigna.

Il meccanismo sarebbe il seguente.

Secondo Bériel lo stato della pressione intracranica è essenzialmente espressione del volume cerebrale che dipende dal suo sviluppo e dal suo stato di idratazione.

Quindi secondo Foley e Putnam l'iniezione ipertonica provocherebbe per fatto osmotico una diminuzione della massa cerebrale edematosa e percò migliorerebbe le condizioni di circolazione ventricolare e subaracnoidea del liquido c. spinale.

Sicchè quando l'ipertensione è dovuta a tumore cerebrale che ostruisce le vie aracnoidee e i ventricoli, la medicatura ipotensiva ha poco effetto, ne ha molto invece quando l'alterazione è dovuta piuttosto all'edema cerebrale concomitante.

In caso di ipotensione secondo il Leriche si avrebbe uno stato inverso. Cioè un'iperfunzione dei plessi coroidei o un aumento degli spazi aracnoidei o un'apertura enorme dei serbatoi del liquido.

Stando così le cose le iniezioni ipotoniche determinerebbero uno stato di edema cerebrale che compenserebbe l'ampiezza degli spazi contenenti il liquido e l'attiva funzione coroidea.

Perciò in base alle leggi osmotiche con le sopradette iniezioni si modificherebbe il volume cerebrale, il quale per compressione o meno degli spazi aracnoidei ci rappresenterebbe il regolatore della pressione del liquido cef. rach.

Indicazioni. — Stando in questi termini il meccanismo, le indicazioni terapeutiche del metodo variano secondo i casi.

In fatto di tumore maligno quando l'aumento della pressione è dovuto al tumore l'uso delle iniezioni ipertoniche è poco efficace.

Se invece l'ipertensione nonostante il tumore è dovuta specialmente a edema cerebrale, le iniezioni ipotensive, sempre a scopo palliativo, dànno buoni risultati.

Il diverso stato di cose può stabilirsi con la ventricolografia, ovvero trapanato il cranio, vedendo se in seguito alle iniezioni ipertoniche l'ernia cerebrale si modifica o meno: se si riduce vale a dire che è dovuta a compressione edematosa se no allo sviluppo del tumore.

L'uso delle iniezioni dà ottimi effetti in casi di epilessia e di cefalea ribelli.

Può usarsi il metodo nei casi di meningite di qualunque natura.

Infine il trattamento in parola può facilitare l'arrivo al cervello di sostanze medicamentose (Weed e Hughson) e a questo modo potrebbe aprire la via ad una nuova terapia dei centri nervosi.

GUSSIÒ.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

M. Matthes. *Trattato di diagnostica differenziale delle malattie interne.* — Un vol. in-8 di 776 pag., con 106 fig. F. Vallardi. ed. Milano. 1924. Prezzo L. 80.

Sulla diagnosi differenziale sono state pubblicate diverse opere in quest'ultimo decennio a cominciare da quella ben nota di Cabot. In generale però esse appaiono eccessivamente schematiche, col mettere in rilievo il singolo sintoma, che viene così acquistando una importanza esagerata rispetto al complesso quadro clinico che si ritrova nel malato. Altre poi, disponendo la materia in ordine alfabetico e facendone come un lessico, possono riuscire utili per una rapida consultazione, ma solo come un gradino per salire ad una più ampia trattazione in altre opere.

Organicamente impostato e svolto con equilibrio, si presenta invece questo trattato del Matthes, direttore della Clinica medica di Königsberg che considera non già il sintoma isolato, ma parte da un quadro clinico il quale abbia già messo il medico sulla strada per arrivare alla diagnosi. Considera così la diaarrivare alla diagnosi. Considera così la diagnosi delle malattie infettive acute febbrili, degli stati subfebbrili e febbrili cronici, delle malattie di circolo, del fegato e vie biliari, degli organi urinarii, del sangue, ecc. Ogni parte è poi suddivisa in capitoli, per cui riesce agevole ritrovare l'argomento che si desidera anche con l'aiuto del copioso indice alfabetico. Ma il libro non è di quelli che, dopo averli consultati in fretta, si ripongono; è un vero trattato che, avvivato da storie cliniche, si legge con diletto e con utilità e che, mettendo il medico di fronte alla realtà complessa del quadro morboso, gli fornisce una guida sicura per un'esatta diagnosi.

A. Pozzi.

Diphteria. Published by His Mayesty's Stationery Office. London. Price 12s. 6d net.

Questo elegante volume sulla difterite è frutto della collaborazione di Andrews, Bulloch, Douglas, Dreyer e Gardner, Fildes, Ledingham, Wolf del Medical Research Counsil, collaborazione stretta, che involge in ciascun capitolo la responsabilità non solo dell'autore ma di tutti i collaboratori, poichè, per precisa dichiarazione, quanto è scritto in questo prezioso volume è stato compilato con divisione di lavoro utile è stato d'altra parte da tutti vagliato ed approvato. Tale genere di collaborazione, non abituale nelle opere mediche, conferisce all'opera quella organicità e quella correlazione fra le varie parti, che sono elementi essenziali di successo. Lo scrupolo nella compilazione del libro va più oltre: basta dare una occhiata alla letteratura riportata, basta vedere con quanta diligenza è vagliato direttamente ciascun lavoro. È opera annosa che viene a proposito specialmente nella letteratura inglese, in cui, da una diecina di anni, mancava una opera completa ed organica che rivedesse il vecchio e nuovo in tema di difterite. I problemi, che meglio e più largamente sono trattati nel libro sono i problemi bacteriologici, e terapeutici nelle loro basi scientifiche, i problemi diagnostici nella parte sempre difficile e forse non ancora risoluta. La clinica è appena abbozzata, e questa precisa intenzione hanno avuto gli autori.

Non al medico pratico, ma agli studiosi questo libro è indispensabile, perchè esso rappresenta il resultato di un lavoro che spiana molti campi astrusi i quali devono essere arati dall'attività degli studiosi di laboratorio.

T. Pontano.

L. Chauvois. *Un danger social: la constipation.* A. Maloine, Paris, 1923. Fr. 5.

In questa piccola monografia che risente notevolmente dell'influenza dei lavori del Lane il problema della stitichezza è lumeggiato sinteticamente. È un libro di volgarizzazione più per profani che per medici ed ha il principale merito di richiamare l'attenzione sull'importanza che ha l'abitudine di trascurare il bisogno della defecazione nell'età giovanile sullo stabilirsi delle forme di stipsi del tipo ascendente, che son quelle che presentano il pericolo della ripercussione tossica dell'organismo.

A parte le esagerazioni dei pericoli della stipsi del tipo ascendente, la monografia merita di essere conosciuta giacchè la concisione e la chiarezza sono le sue doti fondamentali. L'A. non tratta i casi di stipsi dipendenti da una causa locale e si occupa della forma più importante dal punto di vista pratico: la forma essenziale. L'A. ne analizza il meccanismo di produzione lumeggiandone i diversi fattori predisponenti e determinanti e dal punto di vista terapeutico mette in evidenza l'importanza di una cura variabile nei singoli casi ed i pericoli di un trattamento schematico a base di lassativi o di clistieri.

P. A.

U. Daretti. *Dottore, ho un po' d'acido urico... (Consigli di un medico).* Un vol. in-8°, di pag. 55. Editrice « Salute e Igiene ». Roma, 1924. — Prezzo L. 5.

Il titolo stesso ci dice l'indole del libriccino: piane conversazioni col pubblico per mostrargli quanto vi è di vero e di falso in tutto l'esagerato discorrere che si fa dai profani

sull'acido urico. Le cause, i sintomi della uricemia, la profilassi e la cura sono trattate in una serie di brevi e chiari capitoli, fra cui segnaliamo come assai interessante quello intitolato: «Di che cosa l'acido urico non è responsabile».

Il lavoro, di cui la lettura è consigliabile anche ai medici, che vi troveranno il modo di rispondere a certe domande imbarazzanti, è pubblicato per cura della nota rivista «La salute e l'igiene della famiglia», diretta dal dott. E. Della Seta.

Un rilievo d'indole linguistica. L'A. afferma che il grosso dito del piede ha in italiano il nome di alluce e che in tal modo lo chiama anche D'Annunzio, ma egli cade evidentemente in equivoco, poichè anzi, D'Annunzio consiglia di «lasciare l'alluce» ai ferrucci malcerti dei callisti presuntuosetti e seguitare a scrivere «pollice del piede», «*pollex pedis*», con la penna ben temperata. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medica Chirurgica di Bologna.

Adunanze scientifiche del gennaio 1924.

Protesi antiche.

Prof. PUTTI. — In una rapida sintesi l'O. riassume le nozioni che oggi si hanno sullo sviluppo storico della protesi degli arti, sino al periodo della rinascenza chirurgica.

Illustra il suo dire con numerose proiezioni e con presentazione di un apparecchio.

Scoperta radiologica di ascaridi lombricoidi nel tenue di due donne affette da gravi disturbi del tubo digerente (con proiezioni di radiografie).

Prof. BUSI. — L'O. presenta ed illustra due casi che potevano fare pensare ad una stenosi pilorica o duodenale. L'esame radiologico rivelava un'ansa del digiuno, decorrente trasversalmente nell'addome, tutta percorsa nel suo mezzo da una striscia trasparente, regolare, del diametro di quasi mezzo centimetro, a contorni netti, lisci, lunga 35 centimetri, la quale in una delle sue estremità si incurvava in una stretta spirale e nell'altra terminava a punta. Le strie trasversali dovute alle valvole conniventi, mentre la fiancheggiavano da ambo i lati per tutta la sua lunghezza, la passavano sopra qua e là a guisa di altrettanti ponti. Più in alto, e precisamente nel quadrante addominale superiore di sinistra, si osservava, dentro un'altra ansa del digiuno, una seconda striscia trasparente con gli stessi caratteri sopradescritti. L'O. interpretò queste immagini come dovute a due ascaridi. In seguito la paziente ha emesso due lunghi ascaridi, uno per bocca ed uno per l'ano, ma i suoi disturbi non sono cessati. Nelle feci persistono ancora numerose uova di ascaride.

Nel secondo caso (una ragazza pallida, emaciata, accusante da circa un anno dei dolori addominali accessuali, con borborigmi e scariche alvine diarroiche), l'esplorazione radioscopica e radiografica, effettuata tre ore dopo il pasto opaco, dimostrò nella regione mediana dell'addome, là dove la paziente accusava i massimi dolori, la esistenza di un grosso globo di anse del tenue, percorse da numerose sottili striscie trasparenti, parallele all'asse longitudinale del corpo, lunghe ognuna non meno di 12-15 centimetri, larghe quasi 1/3 centimetro, parecchie riunite a fascio. L'O. emise senza incertezza la diagnosi di numerosi ascaridi del medio tenue. Dopo una cura di santonina la ragazza ha evacuato con le feci d'un colpo 30 ascaridi e si è trovata liberata di tutti i suoi disturbi.

Il seriografo del Busi - Sue applicazioni alla diagnosi radiologica dell'ulcera duodenale (con presentazione di schemi e figure).

Dott. G. G. PALMIERI. — Fra le svariate applicazioni cliniche del Seriografo del Busi, l'O. reputa di doversi soffermare partitamente sulla diagnosi radiologica dell'ulcera del duodeno. L'O. mostra alcuni casi personali ed altri della collezione del Busi, in parte operati con conferma all'atto operativo.

Egli conclude ritenendo che oggi non sia più possibile procedere razionalmente allo studio radiologico dell'ulcera duodenale senza l'aiuto del Seriografo.

Epilessia biopatica, anafilassi e distiroidismo.

Dott. A. GRAZIANI. — L'O. dopo aver discusso le moderne teorie sulla interpretazione anafilattica dell'epilessia e sulla origine distiroidea, conclude non essere affatto dimostrato che in un grosso gruppo di epilessie l'accesso sia di natura anafilattica da distiroidismo e che anzi molti argomenti stiano contro un tale concetto.

Che poi al termine di epilessia «genuina» possa sostituirsi quello di epilessia «biopatica», in quanto è oggi riconosciuto che gli elementi costituzionali creanti la disposizione epilettica sono in molti casi più di natura biologica ed umorale che direttamente cerebrale, può ammettersi. Ma questo non chiarisce nè precisa meglio i limiti verso la epilessia cerebropatica, giacchè anche per molti casi di questa sono da presumersi fattori costituzionali (anche biologici ed umorali).

L'esame elettrico dei nervi cutanei nella tabe.

Prof. V. NERI. — Presenta un paziente affetto da tabe, nel quale l'esame obbiettivo della sensibilità mette in evidenza ipoestesie ed anestesie a distribuzione radicolare nel dominio di quasi tutte le radici lombari e sacrali.

Orbene in questo malato in cui l'esame classico della sensibilità non mette in evidenza a carico del tronco, degli arti superiori, della faccia e del capo turba alcuna sensitiva; l'eccitazione elettrica della maggior parte dei nervi cutanei delle suddette regioni svela *l'abolizione del caratteristico senso di formicolio* nei loro territori d'innervazione.

L'O. richiama l'attenzione sull'importanza dell'esame elettrico dei nervi cutanei, il quale è in grado di svelarci lesioni del primo neurone sensitivo, non obbiettivabili coi metodi classici di esame.

C. BORELLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

I segni radiologici delle malattie della vescica biliare.

Una delle diagnosi differenziali più difficili, dice M. Haudeck (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 3 gennaio 1924), che talvolta si presentano al radiologo è la diagnosi differenziale fra ulcus duodeni e colecistite.

Tuttavia noi sappiamo che le deformazioni del bulbo duodenale che abbiamo omai conosciuto come caratteristiche non si riscontrano nella colecistite; su trenta casi di colecistite che l'A. ha potuto esaminare radiologicamente e controllare sul tavolo operatorio (operatore Friedlaender di Vienna) in nessun caso ha riscontrata la deformazione del bulbo quale può riscontrarsi nell'ulcera duodenale. Ciò invero ha la sua importanza giacchè clinicamente non abbiamo spesso criteri sufficienti per discriminare la natura di un dolore che il paziente accusa all'ipocondrio destro. Un altro segno importante dal punto di vista radiologico è la sede del dolore: quando lo stomaco specialmente è a tipo verticale una certa distanza passa dal duodeno al margine epatico inferiore, onde il punto doloroso che viene a corrispondere alla cistifellea è ben distaccato dal duodeno. Infine possono essere di aiuto al radiologo anche i segni indiretti di adesioni collo stomaco, col duodeno e colla flessura destra del colon. Ma un'altra possibilità esiste ed è la visione diretta dei calcoli del fegato; ma mentre in genere i calcoli del rene possono essere radiologicamente visibili nel 97 % dei casi i calcoli biliari non lo sono che nel 3 %. Ma dopo che George e Leonard di Boston hanno dimostrato nel 1922 la possibilità di vedere frequentemente non solo i calcoli del fegato ma anche le cistifellee ingrossate, le ricerche dei radiologi si sono rivolte in questo senso e l'A. riporta tre casi in cui ha potuto dimostrare la presenza di calcoli.

La tecnica nella ricerca dei calcoli biliari ha un'importanza assai grande e se è possibile anche con mezzi comuni ottenere qualche volta delle radiografie di calcoli biliari, i migliori risultati gli AA. americani li ottengono coi tubi di Coolidge che permettono di usufruire di una grande quantità di raggi molli tali da dare il contrasto di parti poco diverse per opacità di ombre; la posa deve essere breve possibilmente di 2/10 di secondo e occorre praticare parecchie fotografie in modo da avere numerose prove su cui discutere. L'introduzione del diaframma Potter-Bucky in radiografia ha reso certamente più semplice la tecnica.

E. MILANI.

CASISTICA E TERAPIA.

La biologia della gravidanza e la sua importanza per la medicina generale.

In una conferenza all'Associazione medica di Monaco (*Münchener med. Wochenschrift*, 1924, n. 4) I. Hofbauer illustra i progressi degli ultimi decenni nelle conoscenze sulla fisiopatologia della gravidanza, trattando della biologia della placenta, delle reazioni serologiche in gravidanza, delle alterazioni dei grandi visceri parenchimatosi con speciale riguardo al fegato, delle alterazioni della vescica, delle vie aeree e dei polmoni, delle modificazioni delle ghiandole endocrine e del sistema simpatico-parasimpatico in generale, infine della genesi degli edemi delle gravide.

L'autore può vantare le proprie ricerche, in molti punti fondamentali, sulla biologia della placenta e sul «fegato gravidico». La parte del lavoro, che a questo si riferisce, è di gran lunga la migliore; l'alterata funzionalità epatica, in forma di glicemia, di urobilinuria, di comparsa nelle urine di aminoacidi, polipeptidi, acido glicossilico, acetone, infine in forma della crisi emoclasica è largamente considerata; anche la genesi della colecistite puerperale è ben analizzata nei suoi fattori.

Più breve è la trattazione delle alterazioni, d'altronde meno interessanti, di altri organi. Ma è del tutto ingiustificata, anche se l'A. se n'è largamente e spesso occupato altrove, la trascuranza del rene gravidico, che è, al pari dell'eclampsia, appena sfiorato nella parte che si riferisce agli edemi delle gravide.

L'A. ritiene dimostrato e in accordo con le modificazioni progressive ipofisarie, tiroidee e surrenali uno stato vagotonico nelle gravide, atta a spiegare la comparsa o l'aggravamento di asma bronchiale e di colica mucosa in gravidanza.

Anche gli edemi delle gravide, sia quelli dei connettivi che quelli degli organi parenchimatosi, vengono dall'autore interpretati come edemi ipofisarii, in quanto sperimentalmente il secreto ipofisario agisce come dilatatore dei capillari e favorisce l'insorgenza d'edemi. L'A. ribadisce qui con ciò un concetto già esposto più volte negli ultimi anni, secondo il quale tutte le alterazioni parenchimali delle gravide,

fra le quali quelle principali del fegato, del rene, e del cervello, sarebbero in rapporto con l'azione di queste « amine ipofisarie ».

BOL.

La distocia per presentazione di natiche.

La presentazione podalica in linea generale può considerarsi eutocica, ma in alcuni casi può dare distocia se il feto, invece di presentare tutto il podice, compresi gli arti inferiori, si presenta con le sole natiche, mentre gli arti inferiori sono raddrizzati lungo il tronco, con i piedi che arrivano a livello della testa. Tale presentazione è nel suo complesso favorevole quanto quella della testa; soltanto vi ha difetto di moblità; in confronto della podalica completa, essa ha lo svantaggio di mancare di un trattore naturale, cioè dei piedi su cui in caso di bisogno si possono fare trazioni. Questa presentazione si ha nella metà di quelle podaliche, di cui se ne osserva una per ogni 60 incinte a termine.

La distocia può aversi nel periodo del disimpegno allorchè il feto deve fare un cambiamento di direzione, ruotando il suo asse di 90°. Se tale movimento non si compie, le contrazioni inani esauriscono il muscolo uterino; il feto ne soffre e non è eccezionale che, aspirando del liquido amniotico, ne segua la morte per asfissia. Tale presentazione dà una mortalità dei 2/10.

La presentazione di natiche è stata confusa con quella di faccia; per non cadere in tale errore, si tengano presenti le particolarità della faccia, con i due buchi delle narici e quella delle natiche con la cresta del sacro.

Jeannin (*Journal des praticiens*, 10 maggio 1924) distingue il trattamento in profilattico (quando non vi è ancora distocia) e curativo. È del tutto sconsigliabile la versione cefalica mentre la donna non si trova nel periodo del parto.

Quando questo è iniziato e prima del periodo del disimpegno, è invece consigliabile l'abbassamento profilattico del piede, allo scopo di avere pronto un trattore in caso di bisogno, non usandolo se non è necessario. Si estrae il piede che si trova in avanti. Si procederà a tale manovra solo se il feto è molto grosso, se si tratta di una primipara, se il parto si trascina a lungo; il momento più opportuno di intervenire è quando la dilatazione ha raggiunto la palma di una mano. L'inconveniente più temibile è la procidenza del cordone.

Quando la distocia si è già verificata, se è possibile si tenterà di ricacciare il feto in alto, sotto anestesia e con morfina, per procedere poi all'abbassamento del piede. Altrimenti si ricorrerà al forcipe nelle sacro-posteriori od al laccio, rivestito con tubo di gomma, nelle sacro-anteriori. Quando il feto si trova nello stretto inferiore, si faranno trazioni digito-inguinali con dolcezza, impegnando dapprima una natica, poi l'altra, mettendo il podice in asinclitismo. È utile in tal caso la episiotomia doppia. Si può anche aiutare il raddrizzamento del feto con la manovra di Rintgen. L'A. consiglia anche la espressione dell'utero ed i mezzi ocitocici (estratto di ipofisi).

fil.

Gravidanza dopo trapianto ovarico omeoplastico in casi di ipoovarismo.

Quattro casi dalla clinica di Bumm, comunicati da P. Sippel in *Zentralblatt f. Gynaek.*, 1924, n. 1-2. In tutti ipoovarismo sterilità, tre con oligo-, uno con amenorrea; in due casi distrofia adiposogenitale. In tutti i casi ovaia prive di follicoli di qualche volume e di corpi lutei. Trapianto di dischi ovarici freschi da pazienti appena ovariectomizzate, in parte contenenti parti di corpo luteo, nello spazio prevescicale o fra i muscoli piramidali. In tutti i casi cessazione dei disturbi da ipofunzione, insorgenza di mestruazioni regolari e, in tre casi dopo 2-3 mesi, in un caso dopo 11 mesi, concepimento. Questi risultati sembrano confortar poco la teoria dell'Hofbauer sopra recensita dell'influenza capitale dell'ipofisi sull'ovulazione e sulla mestruazione. Sembrano invece a favore dell'ipotesi di una funzione endocrina dell'ovaio indipendente dal follicolo (Rel.).

BOL.

Sulla diagnosi di rottura tubaria.

È nozione classica di segnalare nelle gravidanze extrauterine rotte il dolore a colpo di pugnale nella fossa iliaca. A. Laffont (*La Presse médicale*, 23 febbraio 1924), in base a numerose osservazioni, nota che spesso si ha anche un dolore tardivo elevato, del tutto indipendente dal dolore pelvico dovuto alla rottura. Tale dolore si manifesta sempre dopo quello pelvico, talvolta nell'intervallo di pochi minuti, tal altra dopo 2-3 ore. La sua precocità appare in funzione dell'intensità dell'emorragia; se questa è lievissima, il dolore può comparire solo qualche giorno dopo. L'intensità può essere tale che il dolore attira da solo l'attenzione e, se non si pensa alla sfera genitale, si può rimanere indecisi per una colica epatica, nefritica, una gastralgia, perforazione di ulcera gastrica, neuralgia o artrite scapolare, ecc.

La durata può essere di 24-48 ore se non si interviene; può durare anche più a lungo quando la sede della rottura non dà più dolore; l'intervento lo fa sparire subito. La sede è solita-

mente dal lato della rottura, ma può essere mediana (epigastrica, retrosternale, interscapolare, cervicale) e talora dal lato opposto. Questo dolore è sempre l'indizio di un'emorragia importante che occupa il piccolo bacino; è il grido di allarme che comanda l'intervento di urgenza. Nei casi dubbi, costituisce un segno quasi patognomonico dello scolo sanguigno nella cavità peritoneale; aggiunto agli altri segni di sospetto, ha il valore di un segno che dà la certezza.

fil.

L'uso dell'estratto pituitario nel parto.

Bernhard Steinberg (*American Journal of Obst. and Ginecol.*, gennaio 1924), con la scorta di numerosi casi, perfettamente controllati mediante l'indagine clinica, e con l'aiuto di alcune grafiche, ottenute con un apparecchio speciale, a proposito dell'uso della pituitrina nel parto, viene alle seguenti conclusioni:

La pituitrina induce nell'utero gravido contrazioni equivalenti alle normali, ma più forti e più brevi. Somministrata prima che vi sia una dilatazione completa o quasi, determina lacerazioni del collo. È controindicata nelle viziature pelviche o in tutte quelle altre condizioni che ostacolino il libero passaggio del feto. Nelle donne con parti ripetuti (fino a 10) può essere pericolosa, date le condizioni del muscolo uterino, più predisposto alla rottura. La pituitrina adoperata all'inizio del travaglio induce delle contrazioni vicine alle normali più che non faccia successivamente. Il suo uso evita facilmente la formazione d'un cistocele o d'un rettocele, data la brevità della durata della pressione della testa fetale sul piano perineale.

Essa ha le sue indicazioni: nel parto prolungato; nell'esaurimento delle forze della partoriente; se le contrazioni uterine diventano deboli; se la testa fetale preme da lungo tempo sul piano perineale; se insorgono pericoli per il feto. In tutti questi casi però bisogna tener presente che il canale pelvico sia perfettamente pervio, che la parte presentata sia già impegnata, che il collo uterino sia perfettamente dilatato o quasi e che, preferibilmente, le membrane siano rotte.

COLISTRO.

La ospedalizzazione delle eclampsiche.

P. Gaifami (*La Clinica Ostetrica*, 1924, n. 4) si dichiara favorevole alla ospedalizzazione in genere che permette di attuare meglio l'indirizzo chirurgico della moderna ostetricia, e riconosciuto che proprio nelle albuminurie e nella eclampsia tale precetto trova la sua applicazione più vasta e razionale, insiste però nel far rilevare che la ospedalizzazione può anche essere dannosa, se attuata in ogni caso sistematicamente, senza discernimento clinico. Un trasporto lungo, in condizioni disagiate, con facilità a raffreddamenti, potrebbe portare un danno maggiore del vantaggio eventuale di una migliore assistenza.

In tali contingenze è meglio che il medico pratico faccia affidamento sulle risorse della cura medica (morfina, salasso, veratro verde) le quali possono venire attuate in qualunque ambiente e possono darci ugualmente il successo voluto almeno temporaneo. Poi se mai in secondo tempo passata la crisi, provveduto meglio al trasporto prendendo gli accorgimenti necessari che sotto la pressione della presunta urgenza non sarebbero stati usati, si potrà ospedalizzare la malata per gli ulteriori provvedimenti, interruzione della gravidanza compresa.

Il medico pratico cioè, di fronte ad un caso di eclampsia, non deve considerare esaurito il suo compito con una precipitata ospedalizzazione, ma deve valutarne vantaggi e svantaggi serenamente in ogni dato caso e intanto non dimenticare di mettere mano alle cure mediche e di avere fiducia anche in esse oltre che negli interventi ostetrici liberatori.

fil.

L' interventismo ostetrico americano.

P. Gaifami (*La Clinica Ostetrica*, 1924, n. 3) prospetta la tendenza di alcuni ostetrici americani a mutare radicalmente i concetti attuali della assistenza ostetrica portandovi una aggressività operatoria non sempre giustificata. Parti a giorno fisso, sistematiche estese incisioni perineali, dilatazioni del collo uterino di uso corrente, rivolgimento podalico frequentissimo, estrazione del feto strumentale o manuale quasi di regola, tagli cesarei frequenti come e più delle applicazioni di forcipe, ecc., il quadro della ostetricia preconizzata da qualche americano.

Le singole operazioni vengono discusse e raffrontate alla stregua della corrente pratica per concludere rigettando in massima le proposte suddette ribadendo il precetto di ricorrere ad interventi ostetrici solo se ve ne sia la indicazione e ci siano le condizioni permittenti senza farsi deviare da altre considerazioni, quali quella del tempo da perdere o dei vantaggi finanziari da ricavare, che non devono mai dirigere i nostri atti. Il che non esclude che sia bene portare anche nell'ostetricia uno spirito attivo simpatizzante con l'indirizzo chirurgico ma sempre nell'interesse della madre e del figlio non per quello personale.

Il destino dei neonati di scarso peso

Si ritiene, specialmente dagli autori tedeschi, che un neonato il quale pesi meno di 2000 grammi non sia vitale. K. Brandt (*Medical Review*, maggio 1924) è invece d'opinione che tali bambini possano vivere. Nella maternità da lui diretta, sopra 348 neonati, pesanti meno di 2000 grammi, nati nel decennio 1912-1922, 117 morirono in 15 giorni, ma gli altri (66,4 %) sopravvissero in buone condizioni, guadagnando uniformemente di peso e non mostrando alcun segno di malattia. L'A. è contrario all'uso dell'incubatore; solo bisogna aver cura di evitare raffreddori e di dare sufficiente nutrimento, ripetendo le poppate abbastanza spesso.

Anche E. Hauch (*Ibidem*) è della stessa opinione ed osserva che il destino di tali neonati dipende da diverse condizioni. Nel caso di gemelli, p. es., un peso al di sotto della media non ha notevole influenza. Altri fattori che influenzano la sopravvivenza sono la sifilide, la placenta previa e la nefrite materna. La mortalità fra i neonati sotto i 2000 grammi fu nella maternità dell'A. del 19,5 % nei gemelli, del 31 % in presenza di nefrite materna, del 42,9 % in presenza di altre cause. Il neonato più leggero che ha sopravvissuto pesava 800 grammi alla nascita; un anno dopo era florido, sebbene un po' piccolo; esso era uno dei gemelli di madre nefritica. Anche questo A. è contrario al vecchio incubatore, ritenendo migliore una stanza speciale riscaldata in cui la madre si può recare per alimentare il neonato. *fil.*

A proposito dell'influenza galattogena delle iniezioni di latte.

Nolf, di Liegi, si era fatto propugnatore di un metodo per ottenere un aumento di secrezione lattea, consistente nell'iniezione sottocutanea di latte di donna. Egli avrebbe provato il metodo otto volte con successo costante, in quanto che l'iniezione veniva seguita dall'aumento durevole e netto della secrezione lattea che parecchie volte sarebbe stata raddoppiata o triplicata.

P. Chatin e R. Rendu (*Journal des praticiens*, 12 febbraio 1924) hanno controllato tale metodo, prendendo le necessarie precauzioni ed hanno avuto in 13 casi, 13 insuccessi. Tre volte si è avuta una leggera diminuzione, cinque volte la secrezione è rimasta stazionaria; cinque volte si è avuto un leggero aumento, attribuibile però ad altri fattori concomitanti, quali cambiamento od aumento nel numero dei poppanti, cambiamento di alimentazione e del genere di vita. Le curve della secrezione lattea sono state stabilite facendo le somme ponderali delle singole poppate, durante parecchi mesi consecutivi.

I successi ottenuti da Nolf sarebbero quindi da attribuirsi ad interpretazione difettosa dei risultati, in quanto che non si sarebbe tenuto conto delle variazioni spontanee, fisiologiche e patologiche che può subire la secrezione lattea. *fil.*

Le modificazioni del latte nelle nutrici.

Il latte di una nutrice può essere modificato nella quantità e nella composizione. La quantità può essere aumentata attaccando il poppante ad entrambi i seni ogni volta; aumentando l'ingestione di liquidi; con un esercizio fisico moderato; con un riposo notturno sufficiente. Invece la quantità diminuisce limitando l'ingestione di liquidi; con la fasciatura dei seni; con l'uso inconsiderato di purganti.

La quantità di sostanze solide nel latte può essere aumentata diminuendo gli intervalli fra le poppate e viceversa diminuisce allungando tali intervalli, p. es. sostituendo la poppata con altro modo di alimentazione. Le proteine aumentano con la tensione nervosa della nutrice e con l'esercizio fisico eccessivo. I grassi aumentano lasciando la nutrice mentalmente tranquilla ed evitando l'esercizio fisico. Il contenuto vitaminico del latte dipende soltanto da quello dei cibi della nutrice; quindi la deficienza in vitamine nell'alimentazione materna produce malattie da carenza nella nutrice e nel poppante.

Le prove di laboratorio sul latte sono insufficienti ed il miglior reagente per il latte materno è il poppante. W. H. Donnelly (*New York State Journal of medicine*, 29 febbraio 1924) adduce le seguenti ragioni di questa affermazione. La composizione del latte varia grandemente nella stessa donna non solo di giorno in giorno, ma anche di poppata in poppata. D'altra parte vi sono bambini che crescono bene con un latte che ha dato cattivi risultati alle prove di laboratorio, mentre, con un latte buono a tali prove, si hanno bambini con coliche, flatulenze e disturbi digestivi diversi.

Se il bambino ha delle coliche, feci verdastre con fermentazioni ed escoriazione alle natiche, si deve indurne che è troppo alto il contenuto in zucchero. In tal caso è frequente che il bambino non svuoti ad ogni volta la mammella, ma prenda specialmente la prima parte del latte, che è la più ricca in zucchero; ciò si verifica quando il bambino prende ad ogni volta da entrambi i seni e costituisce una controindicazione per tale pratica. Allora, se il latte è abbastanza abbondante, si farà spre-

mere la prima parte; se invece il latte è scarso si daranno delle razioni supplementari con alto contenuto proteico e scarso in zucchero (latticello, latte albuminato, polveri di caseinato di calcio).

Se le feci presentano grassi indigeriti (all'esame macro- e microscopico) si staccherà il poppante prima che le ultime porzioni di latte vengano succhiate, evitando così che ingerisca un latte ricco di grasso. Altri segni della indigestione di grassi sono il vomito, le eruttazioni acide, le feci gialle ed untuose. Le eventuali razioni supplementari saranno costituite da latte scremato o da miscele di caseinato di calcio.

fil.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

Nuove fiale per iniezione ed aspirazione.

Per facilitare le iniezioni sottocutanee, endomuscolari ed endovenose, è stata messa in commercio in Germania una fiala speciale, descritta da R. Müsham (*Med. Klin.*, n. 20 Mai 1924). Consta di una fiala di vetro, che da un lato è chiusa e dall'altro porta innestato l'ago, la di cui sterilità è assicurata da un sottile manicotto di vetro, che si rompe facilmente al momento dell'uso. Nell'interno si trova la soluzione da iniettare, che occupa mezza fiala, mentre l'altra metà è occupata da aria compressa ad 1 atmosfera. Per impedire che il liquido fuoriesca, nel centro della fiala si trova innestato, in posizione un poco obliqua, un sottile tubetto di vetro che con l'apice pervio comunica con l'ago, e con l'altro chiuso si accosta alla parete della fiala. Infisso l'ago, basterà un piccolo buffetto dato con l'unghia su tale parete, perchè il tubetto in parola si distacchi dall'inserzione inferiore, permettendo al liquido di defluire, per l'azione dell'aria compressa.

Per l'aspirazione di sangue serve una fiala simile, un poco più lunga della precedente, e nel cui interno è stato fatto il vuoto. Appena si sarà penetrati sicuramente nel vaso, un poco di sangue salirà nel tubetto centrale. Allora, spezzato questo col procedimento suddescritto, il vuoto esistente nella fiala permetterà di raccogliere la quantità di sangue desiderata, che, volendo, potrà esser mantenuta liquida per la presenza di un poco di citrato sodico. Una pallottolina di ceralacca applicata sull'ago permetterà il trasporto.

Se veramente, come è affermato, il prezzo di tali fiale è modesto, il loro uso riuscirà senza dubbio vantaggioso in molti casi della pratica giornaliera.

M. FABERI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Il vago e il simpatico in rapporto al clima e all'idrologia.

È noto come molte funzioni organiche soffrano da un disturbo nell'equilibrio dell'attività del sistema simpatico e del sistema vagale. L'esperienza d'altra parte insegna che tali disordini, descritti come vagotonia, e rispettivamente simpaticotonia, possono migliorare notevolmente con opportune cure climatiche e idrominerali.

Il vantaggio in parte è dovuto alla tranquillità della vita che si mena nelle stazioni climatiche, ma bisogna pur riconoscere un valore non disprezzabile ad altri fattori quali la temperatura, la pressione barometrica, la luce, gli stimoli chimici e fisici che le cure idrominerali irrogano ai vari distretti cutanei. È noto che adeguate stimolazioni cutanee possono avere una ripercussione non trascurabile su vari organi, e specialmente sulla loro vascolarizzazione. Per questo mezzo si può influire sul circolo generale, sulla funzionalità dei centri nervosi, delle ghiandole a secrezione interna, ecc. rompendo circoli viziosi che perpetuano sofferenze più o meno gravi.

L'argomento fu trattato in una riunione della Società reale di medicina di Londra; la discussione, cui presero parte Mac Clure. Bagliss, Williams ed a. è riferita in « Proceedings of the Royal Society of Medicine », agosto 1923.

DORIA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Depilatori. — Al dott. E. N., abbonato n. 4553:

Come abbiamo già detto più volte in questa stessa rubrica, i depilatori comunemente usati, non tolgono mai i peli in modo permanente ed in ogni caso sono sempre composti di sostanze nocive per la pelle.

Il mezzo più efficace e più sicuro è l'epilazione elettrolitica purchè applicata da persona assai esperta nella relativa tecnica.

V. MONTESANO

Al dott. A. Dal Pozzo, da T. s. T.:

Il periodico « L'igiene e la vita » si pubblica a Torino, Corso S. Maurizio, 29.

Sull'uso del cloruro di calcio nelle sierositi e specialmente nelle pleuriti si trova una bibliografia abbastanza estesa. Il « Policlinico » se ne è occupato più volte; cfr. anno 1922, pag. 1519. Anno 1923, pag. 316, 1001.

fil.

Ufficiali medici in s. a. p. — All'abb. n. 8588-2:

Il concorso bandito è fra i sottotenenti medici di complemento.

Per ottenere la nomina a sottotenente medico, i medici civili debbono fare un servizio di 3 mesi come militari di truppa e frequentare un corso alla Scuola di sanità militare, secondo nuove disposizioni che saranno pubblicate a giorni.

Cas.

All'abb. n. 3939-1:

Gli «Annali di Odontologia» si pubblicano a Roma, v. Vittorio Veneto 51.

G. T.

VARIA

Tra le grandi scoperte mediche.

Dai più s'ignora che molte delle maggiori scoperte compiute nel campo della medicina non si devono ai grandi luminari od ai maestri, ma a pratici modestissimi, talvolta relegati negli ambienti più infelici.

Medico rurale fu Edoardo Jenner; nonchè di un laboratorio, egli non ebbe bisogno neppure di un microscopio per dare all'umanità una delle scoperte più benefiche, la quale non solo doveva proteggere contro le più terribili epidemie fino allora conosciute, quelle di vaiolo, ma instaurare tutta l'immunologia.

Ed era un medico di condotta (*Kreisphysisuc*) Roberto Koch, allorquando scoprì la colorazione dei bacilli tubercolari e ideò le colture batteriche su mezzi solidi, le quali dovevano rendere possibile il meraviglioso sviluppo ulteriore della batteriologia.

Medico pratico era Guglielmo Harvey; egli volle perfezionarsi all'estero e frequentò anche le università italiane: al suo nome resta legata la scoperta della circolazione del sangue.

Era un pratico anche G. F. Küchenmeister, il quale scoprì l'alternanza delle generazioni, propria di molti parassiti animali.

Quando Patrick Manson accertò il compito delle zanzare nella trasmissione della filariosi, non era che un medico coloniale destituito di ogni risorsa di laboratorio; la sua scoperta doveva poi generarne moltissime altre ed inaugurare un vastissimo capitolo di epidemiologia: quello degli artropodi vettori attivi di malattie.

In condizioni non molto dissimili dal Manson lavorarono parecchi medici militari francesi ed inglesi fino al momento in cui compirono alcune delle più belle scoperte che vanti la medicina contemporanea: così Laveran, Bruce, Leishman, Ross, ecc.

Nel campo puramente clinico moltissimi sono i medici pratici che hanno compiuto scoperte o studi importanti, da Addison a Sydenham, da Garrod a Murri (il quale, com'è noto, proviene dalla condotta).

Generalmente s'ignora che, mentre alcuni dei medici citati, autori di grandi scoperte, hanno raggiunto una posizione sociale elevata, altri sono rimasti nell'ombra o hanno risentito gravi danni dai loro studi: così Harvey e Jenner ebbero la pratica professionale interamente rovinata dalla loro attività scientifica.

Alcuni divennero addirittura le vittime delle loro fondamentali scoperte. Così Ignazio Filippo Semmelweis, per avere riconosciuto che l'infezione puerperale era comunicata dai medici o dalle levatrici e che si poteva prevenirla immergendo le mani in acqua clorurata prima di compiere le esplorazioni (con che egli precorse Pasteur di una trentina d'anni), divenne oggetto di gravi persecuzioni da parte dei colleghi, fu costretto a due riprese ad abbandonare il posto di professore assistente di ginecologia a Vienna e finì in modo tristissimo, suicida.

Con molto ritardo, nel 1807, il Parlamento inglese volle compensare Jenner dei danni economici patiti a causa dei suoi studii. Quanto a Semmelweis, il monumento erettogli or è qualche anno in Buda-Pest non vale a ripagarlo di tutte le amarezze inflittegli durante la vita!

Alcune grandi scoperte nel campo medico sono state compiute da estranei alla medicina. Così notoriamente Pasteur, il quale ha rivoluzionato la medicina moderna, era un chimico, e questa qualità gli venne più volte rimproverata dai suoi detrattori e contradittori, in particolare dal Peter nelle vivaci discussioni promosse in seno all'Accademia delle Scienze di Parigi.

Ormai chimici, fisici, matematici, invadono con successo crescente il campo della medicina: Helmholtz crea l'ottica fisiologica, van't Hoff applica alla fisiologia le leggi dell'osmosi, Arrhenius rinnova le dottrine immunitarie, Hill precisa il ricambio energetico, ecc., ecc.

Elia Metchinikoff era uno zoologo, e nelle vivaci polemiche con Baumgarten, sul compito relativo della fagocitosi e degli anticorpi nel meccanismo dell'immunità, il combattivo anatomo-patologo di Tubinga non mancò di rilevarlo.

Sono stati addirittura dei profani, non però degli incompetenti, Haffkine e Hankin: ciò non toglie che abbiano sottratto innumerevoli vite alla peste ed al colera.

In un campo diverso, l'inventore del laringoscopio, lo spagnolo Garcia, era un cantante.

E così via.

y.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

Le nuove norme circa i giudizi innanzi alla Giunta Provinciale Amministrativa e al Consiglio di Stato.

Dal 1° luglio sono entrate in vigore nuove disposizioni per la giustizia amministrativa, le quali in parte modificano quelle anteriori.

— R. D. 26 giugno 1924, n. 1054, che approva il testo unico delle leggi sul Consiglio di Stato.

— R. D. 26 giugno 1924, n. 1055, che approva il regolamento relativo al testo unico suddetto.

— R. D. 26 giugno 1924, n. 1058, concernente il testo unico delle Leggi sulla Giunta Provinciale Amministrativa in sede giurisdizionale.

Eccederebbe gli scopi di questa rubrica una disamina delle nuove norme, tanto più che si tratta di materie strettamente giuridiche e di norme circa la competenza e la procedura, per le quali si richiede la guida e l'assistenza del tecnico legale.

Crediamo utili però alcune avvertenze pratiche.

Il termine decorre dalla data della notificazione del provvedimento (legge); ma se l'interessato, con atti positivi — per es. con ricorso al Prefetto o ad altra autorità — abbia dimostrato di averne conoscenza piena, il termine decorre dalla data di questi atti (giurisprudenza).

Il ricorso non è ammesso contro provvedimenti confermativi; sicchè, se l'ente abbia notificato la deliberazione e l'interessato non abbia ricorso ma abbia presentato istanze per un riesame e il provvedimento sia stato confermato dall'autorità deliberante, non si può ricorrere utilmente contro l'atto confermativo e se, frattanto, sia decorso il termine dalla data della prima notificazione, il ricorso non è più ammessibile contro il primo provvedimento confermato.

Il ricorso alla Giunta Provinciale Amministrativa, redatto su carta *da L. 4*, è sottoscritto dalla parte ricorrente *o* da un procuratore speciale e deve essere notificato, nel termine di trenta giorni, tanto all'autorità che ha emesso il provvedimento impugnato quanto alle persone alle quali il medesimo direttamente si riferisce. Il ricorso, con la prova della eseguita notificazione e con i documenti giustificativi, deve essere depositato entro dieci giorni dalla notifica, insieme all'atto o provvedimento impugnato, nella Segreteria della Giunta Provinciale, sotto pena di decadenza.

Entro quindici giorni successivi, l'autorità o le parti interessate a resistere al ricorso, possono presentare nella Segreteria della Giunta, memorie, documenti, ecc. Questo termine non è perentorio.

Entro dieci giorni dalla scadenza dei termini suddetti, il ricorrente deve presentare, *sotto pena di decadenza*, domanda al Presidente della G. P. A. per la designazione del giorno della discussione del ricorso.

Il decreto che fissa l'udienza deve essere notificato all'autorità che ha emanato il provvedimento impugnato ed alle parti, dieci giorni prima di quello stabilito per la discussione.

Queste le norme principali del procedimento: le abbiamo esposte perchè il giudizio innanzi alla G. P. A. può svolgersi senza assistenza di avvocato, la quale può essere utile, in certi casi, ma non è necessaria per legge.

Il *ricorso al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale* (la distinzione fra quarta e quinta Sezione è abolita) è sottoscritto dalla parte *e da un avvocato esercente in Cassazione, a pena di nullità.*

Il termine per la notificazione è di giorni 60.

Essendo qui indispensabile la sottoscrizione e quindi l'assistenza di un avvocato, crediamo inutile esporre le norme del procedimento, che sarà regolato dal difensore.

Invece del ricorso al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale può essere prodotto *ricorso in via straordinaria al Re:* il termine è di giorni 180. Il ricorso è redatto su carta da L. 10, è sottoscritto dalla parte interessata o da un suo procuratore speciale, è notificato all'autorità che ha emesso il provvedimento o l'atto che si impugna e alle parti interessate ed è depositato, con gli atti che vi si riferiscono, al Ministero competente.

Questo rimedio è straordinario e non presenta le garanzie della oralità e del contraddittorio. Una volta presentato il ricorso, il giudizio si svolge per azione quasi del tutto unilaterale del Ministero, come per i ricorsi gerarchici. Si intende che, praticamente, conviene valersi di questo rimedio nei casi in cui sia già decorso il termine per il ricorso ordinario al Consiglio di Stato.

QUESTIONI PRATICHE.

LIII. - Condizioni e limiti per la legittimità degli atti dei Commissari prefettizi.

In altra nota segnalammo la decisione 6 aprile 1923, n. 77, della V Sezione del Consiglio di Stato, la quale, definendo correttamente i poteri del Commissario prefettizio e riconducendoli entro i limiti stabiliti dalla legge, disse

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

che «l'azione del Commissario non può estendersi al di là di quanto è strettamente necessario a che la vita del Comune non si arresti», cioè è limitata agli atti necessari, urgenti e indilazionabili.

Un criterio-limite fondamentalmente identico ha stabilito la Corte di Cassazione, la quale, con sentenza 23 gennaio 1924, ric. Comune di Resina, ha dichiarato che «i Commissari prefettizi inviati in qualità di amministratori straordinari presso i Comuni debbono ritenersi investiti *soltanto della facoltà di compiere atti conservativi e di ordinaria gestione*».

Però, recentemente, la V Sezione ha modificato la sua giurisprudenza per considerazioni d'ordine pratico e contingente lealmente confessate.

È noto che da alcun tempo la gestione straordinaria dei Commissari prefettizi si prolunga per mesi ed... anni. Il Commissario non è più, dunque, l'inviato straordinario che regge il Comune per il tempo strettamente necessario alla nomina del Commissario Regio o alla ricostituzione dell'amministrazione normale.

È inviato come Commissario prefettizio, è poi nominato Commissario Regio e, scaduti i termini legali, continua ad agire con funzioni di Commissario prefettizio.

In queste condizioni, l'autonomia comunale è un ricordo del passato; ma, ha detto la V Sezione, se si applicassero a questa figura di Commissario *extra legem*, entrato ormai nella consuetudine dell'attuale periodo eccezionale della vita pubblica, le limitazioni stabilite dalla legge scritta, si finirebbe per paralizzare l'attività del Comune e si renderebbe impossibile il raggiungimento di quei fini di riordinamento che, almeno in teoria, giustificano l'anormalità di un lungo periodo di gestione straordinaria. Perciò il Consiglio di Stato, cedendo alle esigenze della pratica, ha modificato la sua giurisprudenza ed ha ammesso che il Commissario non debba limitarsi agli atti necessari ed indilazionabili. Questo nuovo orientamento è cagione di inconvenienti perchè, essendo fuori della legge, si risolve in una maggiore ampiezza indeterminata di poteri; ma noi vogliamo ora limitarci a segnalare il nuovo indirizzo per evitare controversie che, allo stato attuale della giurisprudenza, sarebbero destinate ad insuccesso, qualora si volesse ricorrere, in base alla dottrina tradizionale, in sede di *giurisdizione amministrativa*. Poniamo questa limitazione perchè la Corte di Cassazione non ha sin ora modificato la sua giurisprudenza per le materie di sua competenza.

Il nuovo indirizzo è stato confermato dalla V Sezione del Consiglio di Stato con decisione 11 luglio 1924, ric. Gatti dott. Francesco contro Comune di Cisterna, a proposito di una deliberazione di riforma dell'organico e di soppressione di una delle condotte mediche, approvata con i poteri normali e non in applicazione del Decreto 27 maggio 1923, n. 1177.

Però la stessa decisione, respinto il motivo dell'eccesso di potere, ha annullato la deliberazione di licenziamento del dott. Gatti perchè non risultava *ratificata* dal Prefetto ed approvata dalla Giunta Provinciale amministrativa.

Che la ratifica fosse *necessaria* non è dubbio; si faceva questione se fosse sufficiente il *visto* del Prefetto o Sottoprefetto; ma la V Sezione ha riconosciuto che il visto di esecutorietà riguarda la legalità estrinseca dell'atto ed è perciò distinto e diverso dalla *ratifica*, la quale, invece, importa esame del contenuto del provvedimento al fine dell'approvazione da parte del Prefetto, cioè dell'autorità delegante, agendo il Commissario per mandato del Prefetto.

Occorreva, dunque, la ratifica e non soltanto il visto.

Ma più importante risoluzione è quella che riguarda l'approvazione della Giunta Provinciale Amministrativa.

È noto che le deliberazioni concernenti i regolamenti organici dei Comuni, quale che sia l'organo che vi provvede, devono essere approvate dalla G. P. A. in sede di tutela; per le condotte mediche deve, inoltre, essere sentito il parere del Consiglio Provinciale Sanitario.

Ma deduceva la difesa del Comune: se il provvedimento è *ratificato* dal Prefetto, che è anche Presidente della G. P. A., non si può ammettere che lo stesso atto sia soggetto anche al controllo della G. P. A. la quale in tal caso, dovrebbe sindacare un atto del Prefetto.

Ma, considerata la diversità dei due organi e delle due funzioni, la V Sezione ha respinto la tesi del Comune, dichiarando che era necessaria anche l'approvazione della G. P. A. Pertanto, non essendo efficace la riforma dell'organico, fu dichiarato illegittimo il licenziamento che in quella aveva la sua causa e il suo presupposto.

LIV. — Indennità caro-viveri.

Gli impiegati comunali non hanno diritto alla seconda indennità caroviveri se non esista al riguardo una *espressa* deliberazione della Amministrazione, ancorchè nel regolamento organico sia stabilito che gli impiegati assunti dopo l'approvazione del regolamento stesso si intenderanno parificati agli impiegati

dello Stato per tutti i diritti non specificatamente compresi nel regolamento.

In tal senso ha espresso *parere* il Consiglio di Stato, sezione interni, in data 27 febbraio 1924, circa un ricorso del Comune di Lorino Borgo.

Criteri essenzialmente conformi ha seguito il consulente di questa rivista anche in occasione di risposte a quesiti di interesse particolare.

È utile precisare.

La prima indennità caroviveri non è più obbligatoria per gli enti locali, essendo scaduto il termine legale; la seconda indennità non fu mai obbligatoria, perchè — come è noto — il relativo progetto di legge non fu approvato dal Senato.

Quindi, allo stato attuale della legislazione, gli enti locali non sono tenuti, *per legge*, a corrispondere indennità caro-viveri.

Ma l'obbligo può essere assunto volontariamente: in tal caso, esso ha fonte nella deliberazione dell'ente, dalla quale è regolata la misura e la durata della indennità. Se il Comune costituisce validamente, cioè con deliberazione regolarmente approvata, un vincolo giuridico per tempo determinato, non può scioglierlo poi con atto unilaterale, e deve osservarlo nella misura e per il tempo stabiliti nella deliberazione.

Già la V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 19 maggio 1922, Granignola contro Comune Trigolo, aveva dichiarato che «non potendosi disconoscere la necessità di mettere gli impiegati degli enti locali in grado di provvedere ai propri bisogni, gli enti locali, *anche quando eccedano il limite legale della sovraimposta*, possono concedere la indennità nella misura che le circostanze consigliano».

Questa decisione è importante specialmente perchè riconosce che la spesa per la indennità è consentita anche ai Comuni che superano il limite legale della sovraimposta.

La formula più frequente che in pratica abbiamo potuto rilevare agli effetti della determinazione della misura e della durata della indennità, è quella del riferimento al trattamento fatto agli impiegati dello Stato: formula sufficientemente specificata ed efficace.

Se la deliberazione dica: «sono concesse le indennità caroviveri come per gli impiegati dello Stato» o se usa una formula equivalente, ma specificata, si deve intendere che il Comune sia obbligato a corrispondere le indennità nella misura e per tutta la durata che sono stabilite in qualsiasi forma per gli impiegati dello Stato.

Soltanto in forza del Decreto 27 maggio 1923, n. 1177, il Comune avrebbe potuto ridurre o sopprimere la indennità.

Nel caso esaminato dal Consiglio di Stato in sede consultiva (parere 27 febbraio 1924 già richiamato) questi criteri sono implicitamente riaffermati.

Allora l'obbligo fu negato perchè la formula del capitolato non si riferiva specificatamente alla indennità caroviveri, ma era generica: «Gli impiegati a nominarsi dopo l'approvazione del presente regolamento saranno parificati agli impiegati dello Stato per *tutti i diritti* non specificatamente compresi in questo regolamento».

Interpretando questo articolo del capitolato, il Consiglio di Stato ha considerato: «che se un valore può riconoscersi a tale disposizione di carattere integrativo delle altre norme relative allo stato giuridico degli impiegati, cioè a quelle contemplate nelle lett. *b*, *c*, *d*, dell'articolo 170 del t. u. della legge com. e prov. in quanto è intesa a provvedere in modo generale e complessivo ad eventuali possibili lacune nel regolamento speciale in tale materia; non può però riferirsi allo stato economico, poichè questo non può essere interamente ed esattamente determinato dal regolamento medesimo, come risulta dalla lett. *a*) dell'articolo su ricordato; nè sarebbe ammessibile una norma generale e permanente che stabilisse una assoluta uniformità sotto l'aspetto economico fra gli impiegati comunali e quelli statali, perchè in contrasto con l'obbligo fatto dalla legge di determinare organicamente ed in modo preciso quanto si attiene al trattamento economico degli impiegati e salariati».

Interpretazione, dunque, di una norma speciale, la quale, anche perchè generica, non poteva esprimere con sicurezza la volontà di concedere la indennità caroviveri.

In questi giorni il Tribunale civile di Roma, con sentenza inedita e a noi nota per ragioni professionali, ha dichiarato operativa di effetti la disposizione del capitolato del Comune di Arcinazzo — conforme al capitolato tipo per la provincia di Roma — la quale attribuisce appunto al medico condotto le indennità caroviveri come per gli impiegati dello Stato e quindi ha condannato il Comune a corrispondere al dottor Arcangelo Felli anche la seconda indennità dalla data in cui fu attribuita agli impiegati dello Stato, cioè dal 1920, e sinchè ad essi tale diritto appartiene.

N. B. — *Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del «Policlinico», via Sistina, 14 - Roma (6).*

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

La dermosifilopatia non muore e non è un rudero!

Questa è la verità dott. Ortali, checchè Ella abbia sentenziato nell'ultimo numero del «Policlinico». La dermosifilopatia è un solido edificio che si eleva armonico fra gli altri nella grande città della Clinica e ne costituisce una delle unità fondamentali! La dermosifilopatia (nella quale va compresa, secondo il vecchio stile, anche la venereologia) non è più quell'arida branca avulsa dalla medicina generale, che Ella conobbe 20 e più anni or sono (mi riferisco al suo scritto), quando imperava sovrano ed esclusivo il *morfologismo*, che riduceva tutto al sintoma cutaneo: questa tappa gloriosa, che onorò i nostri comuni Maestri e che fu necessaria a dare corpo e ad individuare la disciplina, è sorpassata; sebbene si conservino intatte ai fini scientifici e pratici le sue conquiste, fuori delle quali non si potrebbe evidentemente parlare di dermosifilopatia: sorpassata, perchè la dermosifilopatia da un ventennio si è permeata e va permeandosi tuttora di internismo; seguendo in ciò il fatale andare di tutte le branche speciali della medicina, che attingono e dànno a lor volta succhi vitali alla grande madre comune, la medicina generale interna. Oggidì del resto è proprio di tutte le specializzazioni veramente scientifiche e non dilettantistiche, *in tutti* i rami dello scibile, questo collegamento intimo, questa continuità dei tronchi minori con i tronchi maggiori del sapere!

Ma pur così penetrata di internismo, la dermosifilopatia rimane ed appare una delle faccie più vistose di quel grande poliedro che è la medicina, e conserva intatta la sua fondamentale struttura, fattasi anzi via via più solida, perchè sbarazzata di tanti rami che effettivamente non potevano trarre nè dare ad essa forza di vita. In altri termini, quella struttura fondamentale che fu assegnata alla specialità dal principio dell'èra morfologica, quando della sifilovenereologia e della dermatologia si guardava soltanto il fatto cutaneo, conserva intatte le ragioni di non essere mutata; queste ragioni anzi si sono arricchite di nuovi conforti dall'indirizzo moderno internista, il quale ha mostrato che i processi morbosi organici interni, comunque originatisi, si possono esprimere, tradurre, sulla pelle secondo leggi, di cui soltanto il dermatologo provetto può essere l'autorevole interprete; perchè egli solo è il conoscitore delle attività fisiologiche e patologiche dell'apparato cutaneo; che è un mirabile apparato, scomponibile in un infinito numero di strumenti anatomofisiologici come l'epidermide, il derma, il sottocutaneo, con tutti i loro strati, i vasi sanguigni, i linfatici, i nervi, gli organi glandolari, i quali ci parlano in una infinita gamma di aspetti delle capacità reattive dell'organismo agli agenti morbosi, ad uno stesso agente morboso (e la sifilide dà di ciò il più palmare esempio); mèta che nessuna reazione di laboratorio forse mai potrà raggiungere!

Ma, astraendo anche da queste considerazioni suggerite dal nuovo orientamento internista della specialità, evvi bisogno davvero di dimostrare che sussistono tuttora integre quelle ragioni che spinsero ad unire la sifilografia alla dermatologia? Se io non avessi il timore di tediare il lettore e se lo spazio me lo consentisse, potrei qui elencare una lunga serie di fatti, per dimostrare che di fronte ad ogni manifestazione cutanea di sifilide, ai fini diagnostici, può rendersi necessario il richiamo di un numero notevole di malattie cutanee di altra natura: me ne esimo anche perchè non c'è modesto sifilografo e dermatologo che non conosca per esperienza personale ciò. Non è concepibile che un dermatologo non debba essere sifilografo, come non è concepibile la condizione opposta: se un dermatologo non fosse un sifilografo dovrebbe ad ogni forma cutanea un po' lontana dal tipo classico ricorrere alla reazione di Wassermann per escludere (?) di trovarsi di fronte ad un sifiloderma; e se un sifilografo a sua volta non fosse dermatologo dovrebbe di fronte ad ogni sifiloderma interrogare pure la Wassermann per escludere (?) di avere sotto occhio una dermatosi di altra natura. Basta enunciare queste semplicissime proposizioni per vedere l'impossibilità di separare la sifilografia dalla dermatologia. Il lettore voglia ponderare bene anche il significato di quei due punti interrogativi che io ho posto fra parentesi, ad illustrare i quali narrerò di un caso occorsomi parecchi anni or sono; in una delle numerose sedi universitarie (otto) che ho attraversato nella mia lunga carriera, da studente ad oggi, un internista molto e giustamente stimato, ma sprezzante delle Specialità in genere e della nostra in ispecie, aveva diagnosticato in un infermo come papule sifilitiche anali delle autentiche emorroidi, un po' deformate da uno stato irritativo mucoso cutaneo; dopo aver fatto la Wassermann, che riuscì negativa, portò a me il paziente, come a lui più non spettante, annunciandomi

trionfalmente appunto il risultato negativo suddetto: non feci commenti e mi incaricai dell'infermo; ma nel mio intimo non potei fare a meno di rivolgermi alcune domande, delle quali ora faccio la girata al lettore; e se in quel soggetto la W. fosse riuscita positiva, perchè esso fosse stato oltre che un emorroidario anche un luetico? e se quel soggetto avesse avuto realmente delle papule sifilitiche e la reazione W. fosse riuscita negativa? le risposte al lettore! Io mi limiterò a ricordare ancora una volta quella verità apodittica, *che la clinica non transige*, e che a fare questa sul serio occorre che tutti gli elementi anamnestici e di esame, che soltanto un tecnico può rilevare, debbono essere chiamati a raccolta. Ora questi elementi obbiettivi, nelle diagnosi di sifilide può possederli specialmente il dermatologo, che può trovarsi anche le mille volte, a dover discriminare più forme cutanee di natura diversa, sifilitiche e non sifilitiche coesistenti nello stesso soggetto.

E la sifilide ha come suo principale campo di attività visibile appunto la pelle e le mucose, fin dal primo momento e per tutto il suo svolgersi; *dal primo momento, nei primi mesi*, quando appunto è necessario intervenire colla cura, perchè maggiori sieno le probabilità di vincere l'infezione. Chi non sa oggimai quanto importante sia porre precisamente nelle primissime settimane la diagnosi di sifilosclerosi iniziale per tentare la cura così detta abortiva? Ora chi può in tanti casi di sifilosclerosi ad aspetto anormale, di sifilosclerosi sorprese al loro primo insorgere, sospettarne ed accertarne la diagnosi in confronto a volgari lesioni cutanee e mucose, se non il dermatologo provetto? E che dire della necessità di accertare per tempo dai sintomi della pelle e delle mucose l'esistenza di una sifilide, e di diagnosticare le papule mucose in confronto ad altre volgari lesioni, ai fini della profilassi sociale? A proposito della quale bisogna pur dire, perchè sieno evitate le solite deviazioni bagologiche, facili a far fortuna nel nostro bel paese, che questa profilassi deve avere il primo e più solido fondamento nella conoscenza delle manifestazioni morbose delle malattie.

Sarebbe veramente cosa curiosa che noi non utilizzassimo questa caratteristica provvidenziale della sifilide di avere espressioni visibili alla superficie del corpo fin dall'inizio e si può dire in modo costante, e che, per un dottrinarismo fuori luogo, ci mettessimo nelle condizioni di attendere localizzazioni viscerali sensibili per scoprire e curare la lue: ciò sarebbe più che illogico ed impratico, delittuoso! perchè si deve tenere presente che se anche questi fatti viscerali sono precoci, essi, le tantissime volte, non hanno alcun carattere che possa indicarne la natura, a sospettare e a chiarire la quale necessita pur sempre il richiamo di fatti cutanei e mucosi attuali o pregressi; diversamente si finirebbe a questa strana necessità, di fare sistematicamente la reazione di W. in tutti i soggetti che si presentassero al medico con un disturbo generale o viscerale qualsiasi.

Tutto ciò non deve peraltro far ritenere che *l'onesto dermosifilografo* voglia essere un onnisciente! Egli non pretende di sostituirsi al clinico medico e ai clinici specializzati di altre branche, come a sua volta l'onesto internista non pretende di sostituirsi al dermosifilografo, all'oculista, al pediatra, ecc., ecc., perchè tutti i professionisti coscienti sanno troppo bene che nell'organismo umano sonvi tanti apparati speciali che *sebbene legati al tutto, hanno una vita autonoma nel campo fisiologico e patologico*, che richiede la specializzazione, ferme restando le basi comuni sulle quali ci si trova a contatto perenne con gli altri: quanto ai limiti di azione per ciascuno oh! non occorre segnarli sopra un quaderno: il sapere e la coscienza li indicano caso per caso; e anche sotto questo rapporto, non si può parlare di malattia ma dei diversi malati. Ed effettivamente se ben si pensa, quali potrebbero essere i criteri immutabili di separazione della attività di ciascuno? La natura del processo? La sede? La quantità delle lesioni? La necessità curativa?

Io non saprei dire: credo tutto e nulla! L'epitelioma fino ad un certo punto appartiene alla dermatologia, ma quando si fa invadente, quando si metastatizza nei gangli, va affidato al chirurgo che possiede una tecnica curativa che il dermatologo non possiede; la tubercolosi se prende la pelle è cosa del dermatologo; se prende il polmone, dell'internista; se un'articolazione, del chirurgo; la sifilide, se colpisce il cuore, il cervello, il midollo spinale, il fegato, appartiene piuttosto all'internista, al neuropatologo che al dermosifilografo, se colpisce l'occhio spetta all'oftalmoiatra. *Unicuique suum*, ecco il segreto per chi vuole intenderlo; *ognuno al suo posto*, dirò ancora, perchè poi, o dermatologi, o medici, o oculisti, o chirurgi dobbiamo, si intende, ben sapere che cosa rappresenta nell'economia e il cancro e la tubercolosi e la sifilide, e dobbiamo pretendere, senza che alcuno se ne scandalizzi, di *figgere lo sguardo fra gli ingranaggi della macchina umana e penetrare nei meandri della fisiopatologia interna* e, aggiungo io, *generale* — per coordinare ciascuno, dal punto di vista clinico proprio di specialista, i proble-

mi che la clinica ci presenta, e *senza pretese*, tengo a ripeterlo, di essere gli onniscienti per tutto ciò che è tecnica speciale di applicazione, nella quale cediamo il campo a chi di ragione.

Per tutto ciò quindi non si può concepire quella figura di internista sifilografo, prospettato dal collega Ortali; questo novello sifilografo che certo non potrebbe... amministrare tutta la sifilide, dovrebbe sottostare esso pure alle leggi oneste della divisione del lavoro, non potendo essere anche dermatologo, oculista, laringoiatra, psichiatra, ecc., ecc.; finirebbe ad essere nè più nè meno che un sifilografo ancora più a sistema ridotto del dermatologo, che almeno conosce della sifilide il vasto campo delle manifestazioni cutanee; sarebbe un internista caricatosi sulle spalle del grave pondo di dover cercare sistematicamente, come ho detto, la sifilide in tutti i pazienti che gli si presentano, affidandosi alla reazione di Wassermann! del cui valore tutti noi sappiamo abbastanza per esimermi senza altro di illustrare l'argomento.

Considerazioni analoghe a quelle prospettate per la sifilografia, comporta la venereologia per quella parte che riguarda le ulceri veneree, le balaniti di vario genere, e tutti quei processi, che si hanno in seguito all'atto sessuale ed anche fuori di questo; anche qui si tratta di lesioni di pelle e di mucose che richiedono la conoscenza della dermatologia per essere diagnosticate di fronte a forme cutanee similari.

Della blenorragia si può dire, che, se la ragione storica ed il fatto di venire contratta abitualmente nell'atto sessuale, l'hanno collocata a lato della venereosifilografia, essa può ben a ragione rimanervi tuttora legata, per ragioni contingenti di praticità, perchè le tante volte nello stesso soggetto la si trova unita ai processi morbosi di origine venerea sopra menzionati, poi per le complicazioni che le si accompagnano spesso nella sfera dei genitali esterni maschili e femminili e nelle parti circostanti, come balaniti, linfangiti, ascessi, adeniti, parauretriti (simulanti talora perfino sifilomi); e infine perchè la blenorragia si svolge dapprima e si mantiene talora nell'ambito di una mucosa che, come quelle della cavità orale e dell'ano, noi dermatologi conosciamo a fondo nelle sue attitudini fisiopatologiche e sappiamo perciò trattare con un *tatto*, che è sconosciuto ai cultori di altre branche della medicina; *tatto* sopra il quale è basato il più delle volte il successo della cura, mentre sono evitate le complicazioni così facili a determinarsi a cagione di questa stessa. Nè va dimenticato che la stessa infezione, per sè e per i medicamenti che vengono usati a curarla, offre dal lato della pelle la possibilità di manifestazioni, la cui interpretazione diagnostica spetta in pieno al dermatologo. Naturalmente il venereosifilodermatologo, conoscitore della patologia della infezione gonococcica, sa anche quali sono i giusti confini a cui deve arrestarsi la sua attività; e che se per ragioni di praticità questa è consentita, ad es., ancora in complicazioni quali le epididimiti, la bartolinite, si deve arrestare, ad es., di fronte all'ascesso periuretrale, perianale, alla prostatite suppurativa, alla stenosi che richieda un intervento operativo, alle metriti, alle annessiti, alle oftalmiti gonococciche, alle endocarditi, alle setticemie, ecc. Fuori di questa linea minaccia di apparire un gonococcologo onnisciente, cioè dermatologo, ginecologo, urologo, internista, chirurgo, oculista, ecc. soltanto perchè il gonococco può andare a ficcarsi in tutti gli organi di pertinenza di queste specialità: come si vede cosa assurda! Ora la situazione obbiettiva attuale è invece questa, che il dermo-venereologo serio da tempo ha ridotto nel campo della blenorragia la propria attività, in modo di lasciarne via via lo studio e le cure delle complicazioni all'urologo anzitutto, poi al ginecologo, al chirurgo, all'internista e all'oculista; e ancora è bene notare che lo stesso urologo il più delle volte manda al dermosifilografo l'ammalato di blenorragia uretrale recente!

Bando dunque alle fantasticherie! oggi la dermosifilografia si erge forte fra le altre branche della medicina, rendendo a questa immenso contributo di sapere nel campo dottrinario e nel pratico, perchè ne ha seguito passo a passo il progresso; ben trasformata quindi da 20-30 anni or sono, quando la pelle appariva come organo per sè stante separato dall'organismo, e quando ben poco si discuteva di sifilografia non soltanto dal lato viscerale (allora erano tempi un po' immaturi per ciò), ma anche dal lato delle stesse manifestazioni superficiali.

Il collèga Ortali è libero docente di patologia medica; se avesse avuto agio di seguire da vicino ed intimamente la colossale trasformazione della dermosifilopatia sarebbe stato forse più cauto nelle sue affermazioni, perchè si sarebbe persuaso, che, come io scrissi nel mio libro «La dermatologia nei suoi rapporti con la medicina interna», la pelle è spesse volte l'araldo che svela per primo un nascosto male dell'organismo e degli organi interni, quando tace ancora tutta la sintomatologia che la semeiotica medica è capace di rilevare. Tutti i problemi dell'internismo dai più semplici ai più complessi quali i biochimici, possono trovare nella pelle un ricorso! e allora

se si seguisse il collega Ortali nella motivazione, per cui Egli vorrebbe staccata la sifilografia dalla dermatologia, si dovrebbe dare la dermatologia alla medicina interna; ma allora si riporterebbe la dermatologia a 100 anni addietro, quando si filosofeggiava sugli umori!

No, egregio collega, questo regresso non è possibile: la pelle sebbene strettamente connessa all'economia, ha, come ho detto, una vita propria, che solo noi dermatologi già incanutiti, possiamo comprendere nella sua interezza. La tesi dell'Ortali a pro' degli internisti potrebbe essere accolta quindi soltanto in questi termini — niente di meglio che un internista faccia il dermosifilografo, *ma ad un patto*, che egli dopo aver fatto l'internista si metta a fare il dermosifilografo *sul serio*, che cioè egli faccia quel lungo tirocinio educativo nella specialità che gli consenta di conoscere *sul serio* la dermatologia, per trarre da questa gli elementi necessari a fare una *diagnosi di malattia di organi e della economia dal punto di vista dermatologico*: fuori di questo tirocinio l'internista non può essere che uno specialistoide e della peggiore specie perchè gonfio di pretese.

Fissato ciò, nulla evvi poi in contrario ad ammettere anche delle *sotto specializzazioni* (ed esse si hanno già non solo all'estero ma anche in Italia) della Specialità, sia per ricerche scientifiche, sia per un affinamento tecnico professionale; ma purchè questi novelli rami partano dal grosso tronco della dermosifilopatia intesa come sopra ho esposto, e si mantengano senza interferenze in continuità di vita con questa: potrà il dermosifilografo finire a curare soltanto la sifilide, potrà dedicarsi alla cura della calvizie e delle unghie, ma se egli non coltiverà questo monolite dottrinale-pratico della specialità, finirà ad essere un misero professionista, poco più elevato di un infermiere che fa le iniezioni ipodermiche, di un callista, di un manicure, forse più un mercante preoccupato dell'incasso, che un medico.

In un non lontano passato si davano in Italia docenze in sola venereosifilografia; cosa che appariva assai comoda per scopi professionali! ebbene un bel giorno fu messo il catenaccio perchè si comprese l'enormità della cosa. Che il catenaccio rimanga contro eventuali ritorni al passato, che oggi più che allora non potrebbero essere dettati che da opportunismi poco rispettabili!

Ciò deve volere chi ha a cuore la serietà degli studi e della didattica e la serietà dei professionisti.

Roma, 18 luglio. P. L. BOSELLINI.

Cronaca del movimento professionale.

Per i medici carcerari.

L'on. Alessandro Guaccero ha interrogato il ministro di Grazia e Giustizia per sapere se non creda opportuno provvedere allo stato giuridico ed economico dei sanitarii addetti alle Carceri giudiziarie, Case penali e Case penali speciali di cronici, ai quali si corrispondono ancora stipendii indecorosi ed avvilenti; chiede risposta scritta.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BARBERINO DEL MUGELLO (*Firenze*). — Scad. 10 ag., capoluogo; L. 6000 e due c.-v.; otto quadrienni decimo.

BERBENNO (*Sondrio*). — A tutto il 15 ag. Vedi fascicolo 30.

CASTIGLIONE DELLE STIVIERE (*Mantova*). — Direttore chirurgo dell'Osp. civile. L. 10.000 lorde; cinque quadrienni del decimo; doppio c.-v.; 50 % sui compensi per atti operativi e per tasse di cura. Nomina per un biennio con successiva conferma. Certificati di rito e temporanei non anteriore al 14 aprile; attitudine e pratica al funzionamento del gabinetto radiologico; speciali attitudini al servizio di chirurgo, ginecologo, ostetrico. Vaglia postale di L. 50 a favore del presidente della Congregazione di Carità. Nella domanda di concorso, dichiarazione di accettazione delle norme contenute nel Regolamento sanitario dell'Ospedale. Età mass. 40 anni. Assunz. entro un mese. Scad. 31 ag.

GRIGNANO POLESINE (*Rovigo*). — Scad. 15 agosto. L. 7500 pei pov.; due c.-v.; L. 1000 bicicl.; L. 400 uff. san.

IMOLA (*Bologna*). — Scad. 15 ag. Medico addetto al dispensario celtico. L. 4000. Tassa conc. L. 50.

MARCIANA MARINA (*Livorno*). — A tutto il 15 ag.; L. 6000 residenza; c.-v.; per uff. san. L. 100 (*sic*); età lim. 45. Vaglia di L. 50.15 tassa ammiss. Serv. entro 15 g.

NOVI LIGURE (*Alessandria*). *Ospedale S. Giacomo.* — Medico primario; L. 7200 e 7 bienni del 5 %; c.-v. in L. 1440; 10 % importo degenze e diritti gabinetto; camera da letto. — Chirurgo primario; L. 10.000 e 7 bienni 5 %; c.-v. in L. 2000; 30 % atti operativi a pagam.; alloggio; richiedesi di coprire il posto di aiuto o assistente presso cliniche chirurgiche o grandi ospedali. — Per i due conc. 5 anni di laurea; età mass. 50; scad. 30 sett.

PALESTRINA (*Roma*). — A 40 giorni dall'11 lug. Vedi fasc. 30.

PITIGLIANO (*Grosseto*). — Al 28 ag. 2ª cond.; L. 9000 resid.; c.-v. di L. 65 se celibe, di L. 100 se ammogliato; addizion. L. 3 oltre 1000 pov. Ab. 5606 senza fraz. Età lim. 40. Tassa di L. 50 al tesoriere comunale.

PORDENONE (*Udine*). *Ospedale civile.* — Radiologo. A tutto 31 ag. Titoli ed esami. L. 3000 (*sic*) annue, assegni c.-v., compartecipaz. tariffe. Età mass. 40. Laurea da almeno 3 anni. Vaglia post. di L. 50.15. Chiedere annunzio.

RAVIANO (*Caserta*). — Scad. 15 ag. Età limite 40. Stip. L. 6000; indenn. cav. L. 1800; per uff. san. L. 200.

REITANO (*Messina*). — Scad. 31 ag. Vedi fasc. 30.

SONCINO (*Cremona*). — 3° reparto (Galliegnano-Isengo). Scad. 31 ag., ore 13. Poveri 800 circa. L. 6500 residenza; 4 quinq. decimo; fino a 1000 pov. L. 2000; ambul L. 200; una e mezza indenn. caroviv. Chiedere annunzio.

VOLTIDO (*Cremona*). — L. 7800 aumentabili a lire 11,200; per uff. san. L. 300; per biciel. L. 200 (*sic*). Ab. 1298. Scad. 20 sett.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Soncino, per la fraz. Gallignano (Cremona).

Nuovi boicottaggi: Mutua Sanitaria di Turbigo (Milano).

CONCORSI A PREMI.

SALSOMAGGIORE. *Associazione Nazionale Italiana Dottoresse in Medicina e Chirurgia.* — È aperto il concorso per una *borsa di studio Wassermann* di L. 5000 da assegnarsi ad una medichessa italiana che intenda compiere un anno di studi di perfezionamento presso una Università od Istituto Superiore del Regno. Scad. 31 agosto. Laurea da non oltre 5 anni. Chiedere il programma alla presidente dott.ssa Myra Carcupino-Ferrari, Salsomaggiore. (Esprimiamo il nostro plauso per questa forma di mecenatismo da parte di case industriali).

BORSE DI STUDIO.

PERUGIA. *Collegio per gli orfani dei sanitari italiani.* — A tutto 15 sett. 1924 è aperto il concorso a due borse di studio di L. 1000 ciascuna della *Fondazione perpetua Venezia*, a favore di studenti poveri universitari o di altri Istituti superiori equipollenti. La prima di queste borse è riservata ad un orfano di sanitario italiano (medico, veterinario o farmacista) che sia nato od abbia esercitata la professione in città o provincia di Venezia; l'altra ad orfano di sanitario italiano che sia nato od abbia esercitato nelle Tre Venezie, comprese Fiume e Zara. In ambo i casi possono concorrere anche gli orfani i cui padri non abbiano figurato mai fra i contribuenti obbligati o volontari del collegio. La domanda e i documenti dovranno essere inviati prima del 15 settembre al consigliere d'amministrazione del Collegio dott. Guido Ancona (Venezia, San Felice, 3709). Qualora l'orfano beneficato sia di anno in anno in regola con gli esami ed in essi riporti almeno 24/30, la borsa gli verrà continuata fino al raggiungimento della laurea.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

La Facoltà medica di Genova ha designato ad unanimità quale successore del sen. Edoardo Maragliano nella direzione di quella Clinica medica il prof. Luigi Lucatello.

All'illustre clinico, nostro buon amico, i più vivi rallegramenti.

NOTIZIE DIVERSE.

Nella Direzione generale della Sanità pubblica.

Il dott. gr. cord. Alberto Lutrario cessa, a sua domanda, dall'incarico di reggere la Direzione generale della Sanità pubblica. Gli subentra il dott. nob. gr. uff. Alessandro Messea.

Il dott. Lutrario continuerà nell'incarico di rappresentare l'Italia in seno al Comitato permanente dell'Ufficio sanitario internazionale di Parigi ed in quello di Ginevra annesso alla Società delle Nazioni.

Da varii anni il dott. Lutrario dedicava molta parte della sua attività alle organizzazioni sanitarie internazionali, affermandosi a Parigi ed a Ginevra per la preparazione tecnica, per la capacità organizzatrice, per le molteplici iniziative; consacrandosi interamente a queste funzioni, egli potrà rendersi utilissimo al nostro Paese.

Il dott. Messea collaborava alacremente da molti anni a reggere la Direzione generale della Sanità pubblica, avendo supplito il direttore generale durante lunghi periodi, e conosce a fondo l'organizzazione igienico-sanitaria. Pertanto egli dà pieno affidamento di saper mantenere le tradizioni e, con la sua coltura e il suo spirito d'iniziativa, dare soluzione a quei problemi di profilassi e di medicina sociale che s'impongono al nostro Paese.

Per i medici di Roma caduti in guerra.

Il 21 luglio, nella sala della R. Accademia Medica di Roma, ebbe luogo, in forma solenne, la inaugurazione di una lapide che ricorda i medici di Roma caduti nella grande guerra.

L'ampia sala, sontuosamente addobbata, era gremita di autorità politiche, di personalità spiccate, di medici, di militari, di signore. Notati tra i presenti il prefetto di Roma, il ministro dell'Argentina prof. Perez, il dott. Lutrario in rappresentanza del Ministero dell'interno, i generali medici Della Valle e Cavalli per i corpi sanitari dell'Esercito e della Marina, il comm. Schiavo, presidente dell'Associazione combattenti, l'ing. Fontanella, segretario dell'Associazione mutilati, il prof. Pecori, direttore dell'Ufficio d'igiene, tutti i professori della Facoltà medica, i direttori e primari d'ospedali, il comm. Penta, consigliere di Corte d'appello, padre del caduto cap. med. Renato, l'avv. Siracusa, fratello del caduto cap. med. Guglielmo, ecc. ecc.

La sala era ravvivata da bandiere, gonfaloni e gagliardetti, tra i quali quelli dell'Associazione spedalieri e clinici, liberi esercenti, medici condotti del Comune, Associazione mutilati ed invalidi, Associazione madri, vedove e famiglie caduti in guerra, Sindacato infermieri ospedali di Roma; prestavano servizio d'onore i carabinieri ed una compagnia di fanti.

Ha parlato per primo il prof. Gallenga, presidente dell'Ordine dei medici di Roma, che ha consegnato la lapide ai rappresentanti della Facoltà medica, e quindi con un'orazione commoventissima ha ricordato gli eroismi dei medici caduti in guerra. Ha seguito il gen. Della Valle, che ha ricordato tutto il bene recato in guerra dai medici civili. Mons. Ainti, con un elevato discorso, ha tratteggiato tutta l'opera umanitaria compiuta in guerra dai medici. Il gr. cord. dott. Lutrario ha magnifi-

cato i sacrifici dei medici morti sul campo di battaglia. Commovente è stato il discorso letto dalla sig.ra Pagni, presidentessa dell'Associazione madre, vedove e famiglie dei caduti in guerra. Il prof. Ascoli, dopo un magnifico discorso, ha preso in consegna la lapide, opera dello scultore Valterami. Ha parlato molto bene anche il mutilato Pasquali.

In ultimo, dinanzi ad una rappresentanza dell'esercito che presentava le armi, è stata scoperta la lapide: essa porta sulla sommità i simboli della medicina che accerchiano il volto di un combattente; l'epigrafe, dettata da Corrado Ricci, dice:

L'Ordine dei Medici di Roma — incide nel marmo — i nomi dei suoi eroi — morti di ferro e di contagio — nella grande guerra — adempiendo il divino dovere — del soccorso e della pietà.

In fondo sono scolpiti i nomi dei dodici caduti: *Betti Domenico, Bonitatibus Dionisio, Montano Saverio, Penta Renato, Pesce Manfredo, Romualdi Giorgio, Sainati Ettore, Seri Giuseppe, Settimi Francesco, Siracusa Guglielmo, Viviani Luigi, Zerbini Arturo.*

Il prof. EDOARDO BASSINI è morto, nella sua villa di Vigasio, il 19 luglio.

Fino a non molto tempo fa erano pochi i nomi dei chirurgi italiani conosciuti all'Estero: uno di questi pochi era quello del Bassini soprattutto perchè legato all'operazione radicale dell'ernia inguinale. Ma oltre alla concezione di questo metodo operatorio, il Bassini ha compiuto molte altre cose notevoli, e non solo come studioso e come chirurgo, ma anche come cittadino amante della Patria sua e della libertà.

Laureatosi a Pavia nel 1866, all'età di 22 anni, si arruolò quasi subito colle truppe di Garibaldi come semplice soldato, avendo nascosta la sua qualità di medico per fare il combattente, e come tale prese parte a tutta la campagna del '66. Tornato a Pavia, lasciò nuovamente gli studi per seguire i fratelli Cairoli nel tentativo di liberare Roma ed il 20 ottobre a Villa Glori fu ferito di un colpo di baionetta all'addome, con lesione del cieco: si produsse una fistola stercoracea e, malgrado le sue condizioni fossero ancora gravi, dopo poco più di un mese di degenza nell'Ospedale di Santo Spirito il Bassini venne rinchiuso in Castel Sant'Angelo. Reduce a Pavia dopo qualche mese, soffrì ancora per la ferita riportata, fino al 1868, quando la fistola stercoracea si chiuse definitivamente.

L'amore per l'Italia non venne mai meno nel forte animo del Bassini ed il 4 novembre 1918, quando seppe della grande vittoria nostra, pianse ed esclamò: «ora l'Italia è veramente fatta e posso morire contento!».

Dedicatosi dapprima alla patologia ed all'anatomia normale e patologica, passò dopo sei anni di studio in Italia e all'Estero di queste basi fondamentali delle discipline medico-chirurgiche alla chirurgia, e fu diagnosta ed operatore di grande valore, dapprima come chirurgo primario dell'Ospedale di Spezia, poi come professore di patologia chirurgica a Padova ed infine come professore di clinica chirurgica pure a Padova.

Nel 1919 dovette lasciare la cattedra per aver raggiunto i limiti di età imposti dalla legge.

Fu un insegnante eminentemente pratico, che rifuggì sempre dalle lunghe dissertazioni teoriche, e che seppe anche con l'esempio e con l'incitamento infondere negli allievi l'amore allo studio ed alla ricerca scientifica.

Il ricordo di Bassini è legato alle sue qualità morali, e alle sue qualità di studioso e di chirurgo; deve rimanere come esempio imperituro a quanti vogliono fare molto e bene per la patria e per l'umanità.

L. D.

Indice alfabetico per materie.

P... Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXXI Roma, 11 Agosto 1924 Fasc. 32

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE S. SPIRITO IN SASSIA
REPARTO CHIRURGICO
diretto dal prof. TITO FERRETTI.

Il riflesso cremasterico nelle lesioni del peritoneo dei due quadranti superiori dell'addome.

Dott. GIGLIO ANTONINO, chirurgo aiuto.

Esaminando dei soggetti con sindromi acute peritoneali o con ferite addominali penetranti in cavità, avevo avuto occasione, ripetute volte, di notare che alcuni di questi presentavano delle contrazioni spontanee dei cremasteri che producevano delle escursioni della ghiandola genitale verso l'orificio inguinale esterno.

Pur avendo notato il fenomeno parecchie volte non gli avevo mai attribuito importanza, credendo che fosse una cosa occasionale e che non avesse alcun rapporto con la lesione peritoneale.

Circa tre anni fa, mentre, nella sala di pronto soccorso dell'Ospedale di S. Spirito, esaminavo un giovane militare che aveva ricevuto, pochi momenti prima, un colpo d'arma di punta e taglio in corrispondenza del quadrante superiore sinistro dell'addome, lungo la linea ascellare anteriore, all'altezza del bordo costale, penetrante in cavità, con evidenti sintomi di emorragia interna (all'intervento operativo è stata trovata una ferita della milza in vicinanza del suo peduncolo vascolare), ho avuto occasione di notare il fenomeno in modo così evidente come mai prima di allora l'avevo notato; e che appena scoperto il peritoneo, ha attirato subito l'attenzione mia e dei colleghi che con me erano venuti per assistere all'esame del ferito. Dichiarai in quell'occasione ai colleghi che già altre volte avevo notato quel fenomeno in soggetti che presentavano lesioni peritoneali ed ammisi allora la ipotesi che una relazione vi dovesse essere fra quel sintomo e la lesione del peritoneo. Nel paziente che avevo in esame si notava che, ad ogni atto inspiratorio, la ghiandola genitale di sinistra compiva una rapida escursione verso l'orificio esterno del tragitto inguinale ed i movimenti di escursione si producevano con tale energia che pensavo che la ghiandola ne potesse soffrire. Ricordo che i colleghi risero del singolare fenomeno e qualcuno di loro disse che quel militare possedeva un *testicolo ballerino*.

Ho notato inoltre che le contrazioni del cremastere andavano sempre più affievolendosi, tanto che, dopo circa una mezz'ora, scomparvero totalmente; però si poteva ancora provo-

care la contrazione del cremastere esercitando con la mano una pressione, anche leggera, sul punto leso della parete addominale.

Mi proposi da allora di fare delle osservazioni sistematiche in tutti gli addominali acuti che potevano capitare alla mia osservazione per stabilire quanto di vero vi potesse essere nella mia ipotesi di una relazione diretta fra il sintomo osservato e la lesione del peritoneo. Molti ammalati e feriti addominali sono passati alla mia osservazione in questi anni di servizio ospitaliero e nella grande maggioranza dei casi ho potuto riscontrare questo sintomo, che ho interpretato come un riflesso cremasterico provocato dalla irritazione di una data zona di peritoneo sia per cause infiammatorie, sia per cause traumatiche, o per presenza di corpi estranei (proiettili), cioè per stimolo meccanico diretto.

Le osservazioni fatte mi hanno permesso di stabilire quanto segue:

I. Il riflesso cremasterico si osserva in quasi tutte le lesioni acute, sia traumatiche, sia infiammatorie, della sierosa peritoneale dei due quadranti superiori dell'addome; non si riscontra nelle lesioni dei due quadranti inferiori.

II. Il riflesso cremasterico è un fenomeno spontaneo; la contrazione del cremastere che produce il sollevamento del testicolo si ripete ad ogni atto inspiratorio ed è più o meno evidente in relazione alla intensità dello stimolo che lo produce.

In alcuni casi il fenomeno non si produce spontaneamente, specialmente quando un certo tempo è trascorso dallo inizio della lesione peritoneale; in questi casi si può provocare il riflesso esercitando una leggera pressione sulla parete addominale, in corrispondenza del punto in cui è avvenuta una ferita o si sospetta una lesione del peritoneo; ad ogni toccamento allora corrisponde una contrazione del cremastere dello stesso lato di quello in cui risiede la lesione addominale.

III. Il riflesso cremasterico si stabilisce precocemente, anzi aggiungo che si trova solo nelle prime ore della avvenuta lesione peritoneale, col trascorrere del tempo si va sempre più affievolendo sino a scomparire.

È chiaro che, trattandosi di un fenomeno riflesso, come avviene per tutti gli altri riflessi, dopo che si è ripetuto per un certo numero di volte, si esaurisce.

IV. Il riflesso cremasterico è omolaterale, cioè si produce dallo stesso lato a cui corrisponde la lesione addominale. Infatti ho sempre riscontrato il riflesso del cremastere destro nelle lesioni localizzate nel quadrante superiore destro dell'addome (come nelle lesioni della grande ala del fegato, delle vie biliari, della flessura colica epatica, del duodeno ed anche nelle perforazioni di ulcere residenti sulla linea pilorica), ho riscontrato il riflesso del cremastere di sinistra nelle lesioni del quadrante superiore sinistro (come nelle lesioni della piccola ala del fegato, dello stomaco, della milza, della flessura colico-splenica, ecc.).

Nei casi in cui il fenomeno non si produce spontaneamente e si deve mettere in evidenza con la palpazione, si nota che, anche quando palpiamo la metà dell'addome opposta alla lesione, il riflesso cremasterico si produce solamente dal lato corrispondente alla lesione. Per esempio il punto leso risiede in corrispondenza del quadrante superiore sinistro; se esercitiamo una certa pressione su detto quadrante noi provochiamo la contrazione del cremastere sinistro; se poi passiamo a fare compressione sul quadrante superiore destro, cioè dove non c'è lesione, osserviamo che la contrazione del cremastere si determina sempre sul lato sinistro, cioè sul lato corrispondente alla lesione, mentre il lato destro non reagisce. Io spiego il fatto in questo modo: la pressione endo-addominale che noi provochiamo premendo sul quadrante addominale opposto alla lesione peritoneale si trasmette sul punto leso, per via indiretta, e vi determina lo stimolo che produce il riflesso.

V. Nelle lesioni dei due quadranti inferiori dell'addome (ferite penetranti, rotture o infiammazioni acute di organi) non mi è stato mai dato di osservare il riflesso spontaneo, non so se ciò è dovuto al fatto che nei pazienti capitati alla mia osservazione erano passate già parecchie ore dalla avvenuta lesione peritoneale, o perchè realmente a lesioni peritoneali basse non corrisponda riflesso cremasterico.

***

Il fenomeno che ho descritto presenta dei caratteri precisi, cioè: è un fenomeno precoce, si accompagna alle lesioni dei due quadranti superiori dell'addome, si produce spontaneamente ed è omolaterale, cioè corrisponde allo stesso lato della lesione addominale.

Dati questi caratteri ognuno può giudicare di quanto aiuto può essere questo sintomo nella diagnosi di una lesione del peritoneo in quanto la sua costatazione non solo ci conferma, unita a tutti gli altri sintomi, la esistenza di uno stato irritativo del peritoneo, ma, sopratutto, ci guida verso la zona lesa, cioè ci aiuta nella diagnosi di sede, e ciò non tanto nelle ferite, perchè allora la guida ci viene quasi sempre data dal punto della lesione cutanea (quantunque nelle ferite d'arma da fuoco e qualche volta anche nelle ferite d'arma bianca la lesione viscerale può trovarsi molto distante dal punto in cui è avvenuta la lesione della parete), quanto nelle lesioni interne (per-

forazioni da ulcere, rotture di visceri per contraccolpo, ecc.) in cui ordinariamente la sindrome peritoneale si manifesta in modo tumultuario e diffuso e viene spesso a mancare l'orientamento verso la sede vera della lesione primitiva.

Quanto ho descritto è il fenomeno come io ho avuto occasione di osservarlo; resta ora a spiegare il modo come si produce. Provate a produrre il fenomeno in un individuo normale; per quanto possiate spingere quest'uomo a compiere profonde inspirazioni, o per quanta pressione potete esercitare sui due quadranti superiori dell'addome, non riuscirete mai a produrre il riflesso cremasterico, che invece si produce d'ordinario con la stimolazione della cute della faccia interna della coscia, nella sua porzione superiore. Del resto, sappiamo che i movimenti riflessi si limitano d'ordinario ai territori eccitati.

Il riflesso cremasterico il cui centro corrisponde al primo e secondo segmento lombare è prodotto dalla contrazione del muscolo cremastere e non da quello delle fibre muscolari lisce della parete dello scroto (Déjèrine I.); infatti nei criptorchidi, in cui il testicolo è arrestato a livello dell'anello inguinale, l'eccitazione della faccia interna della coscia, esagera la retrazione del testicolo, ma non determina movimenti dello scroto. Dunque, affinchè si produca il riflesso, occorre uno stimolo che determini la contrazione delle fibre muscolari cremasteriche.

L'anatomia ci insegna che il cremastere è composto da fibre striate e con la sua contrazione spinge in alto la tunica fibrosa del testicolo, e quindi avvicina il testicolo stesso alla apertura esterna del tragitto inguinale. Tale apparato elevatore della ghiandola genitale maschile è considerato come una semplice dipendenza dei muscoli larghi dell'addome e si contrae naturalmente ogni qualvolta questi muscoli entrano in azione. Ora, essendo il cremastere un'appendice dei muscoli piccolo obliquo e trasverso, si sarebbe indotti a credere che il riflesso cremasterico, nel caso in esame, sia una conseguenza dello stato di contrattura di difesa dei muscoli sopradetti, consecutiva allo stato irritativo del peritoneo. Non escludo che questa ipotesi possa essere tenuta in considerazione nella spiegazione del fenomeno. Però il fatto che il riflesso cremasterico si stabilisce molto precocemente, prima ancora che sopravvenga la difesa dei muscoli della parete addominale e che non si osserva più quando la contrattura di difesa dei sopradetti muscoli si è stabilita; il fatto che manca nelle lesioni dei due quadranti inferiori con difesa della parete, mi fa pensare che, pur non escludendo che la contrazione dei muscoli piccolo obliquo e trasverso possa avere influenza sulla produzione del riflesso cremasterico, un altro fattore deve essere ricercato per la spiegazione del fenomeno, e questo fattore credo che deva risiedere nella trasmissione diretta di uno stimolo nervoso che partendo dalle terminazioni nervose peritoneali del focolaio leso si trasmetta sino ai rami cremasterici.

Le affezioni degli organi contenuti nella cavità addominale si ripercuotono sulla sierosa che li riveste e li racchiude; quando un processo infiammatorio raggiunge la sierosa, o una perforazione, una rottura di un organo determina il versamento di sostanze estranee nel peritoneo, il quadro della malattia muta di colpo perchè i sintomi della irritazione della sierosa, che si stabiliscono e progrediscono immediatamente, dominano tutto il quadro morboso; ciò avviene perchè una delle proprietà fondamentali del peritoneo è quella di reagire rapidamente ad una irritazione; e bisogna tenere presente che il peritoneo viscerale, che allo stato normale è poco sensibile (Kast e Meltzer), secondo alcuni assolutamente insensibile (E. Beer), allo stato di irritazione acquista una sensibilità molto viva.

Sappiamo che l'innervazione della sierosa sta in relazione con le reti nervose ad essa sottoposte e specialmente per il peritoneo parietale è data da nervi spinali, cioè le branche dei più bassi nervi toracici e dal grande e piccolo addomino-genitale, dal genito-crurale del plesso lombare e da fibre simpatiche di associazione con le viscerali; per il peritoneo viscerale è data dal sistema che fornisce l'innervazione ai visceri stessi, e dal plesso celiaco. Le terminazioni ultime sono del tipo di quelle di Pacini. L'irritazione delle terminazioni nervose si trasmette ai filetti nervosi che sono molto numerosi e può essere punto di partenza di gravi riflessi i quali si ripercuotono sui varii organi (per es. sul cuore e sui centri respiratori: iposistolia, collasso cardiaco, apnea; sul rene: oliguria, anuria; sulla motilità dell'intestino: meteorismo, stasi intestinale, ecc.); a mezzo delle suddette fibre simpatiche lo stimolo si trasmette al centro nervoso da cui partono le fibre dei nervi grande, piccolo, addominale, genitale e del genito-crurale che danno i rami motori che innervano i muscoli cremasterici.

Dunque è facile immaginare che lo stimolo nervoso che parte dal punto della sierosa lesa si trasmetta direttamente al cremastere, attraverso la via testè descritta, provocando la contrazione del muscolo ed il sollevamento della ghiandola indipendentemente dalla contrazione dei muscoli obliquo e trasverso.

Le osservazioni da me fatte mi inducono a credere che quest'ultima ipotesi si deva am-

mettere nella spiegazione della produzione del riflesso; non escludo però che la contrazione possa avvenire al seguito della contenzione dei muscoli piccolo obliquo e trasverso.

NOTE E CONTRIBUTI.

Una causa fondamentale di errore nella reazione di Lange.

Prof. CESARE AGOSTINI,
della Università di Perugia.

La reazione di Lange, o dell'oro colloidale, si basa sulla più o meno intensa precipitazione e sul cambiamento di colore dal rosso al viola più o meno pallido che il preparato a base di cloruro d'oro, carbonato potassico e formolo, subisce in contatto col *liquor* qualora questo appartenga a soggetti affetti da malattie cerebrali e midollari luetiche o metaluetiche, per cui non solo sarebbe positivo in tutti i casi di lue, ma a seconda delle gradazioni di colore permetterebbe di differenziare la *lues cerebri* dalla paralisi progressiva e dalla tabe.

Voglio ricordare avanti tutto come, per quel poco che valga, sin dall'aprile 1886 ebbi a scoprire la reazione aureoglucosica che descrissi negli «Annali di Chimica e di Farmacologia» (aprile 1886, pag. 228) di Albertoni e Guareschi col titolo «*Di un nuovo reattivo del glucosio che si otteneva mediante una soluzione di cloruro d'oro all'1 % ed una di idrato di potassio al 2 %*». La sensibilità del reattivo è straordinaria raggiungendo l'uno per centomila. Debbo pure far presente come Eicke abbia proposto appunto tale reazione a modificazione di quella di Lange.

Ora poichè è noto come nel liquido cerebrospinale normalmente si trova il glucosio nella proporzione del 0.20 al 0.50 per mille e che è stata trovata iperglicorachia nella encefalite letargica, nei tumori cerebrali, nella sifilide del sistema nervoso, nella epilessia, così essenziale come sintomatica, ho praticato la reazione di Lange nel liquor di encefalitici e di epilettici, come pure l'ho praticata sostituendo al liquor una soluzione di glucosio portata alla stessa diluzione indicata per il liquor.

Dopo 24 ore nelle provette nelle quali la diluzione corrispondeva ai titoli 1 : 10, 1 : 20, come pure nel liquor di encefalitici e di epilettici si aveva il cambiamento del colore rosso verso il viola pallido.

La presenza del glucosio dunque nel liquor anche di altri malati, che non siano luetici, provocando la reazione dell'oro colloidale, costituisce una grave ragione di errore delle reazioni suddette.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Cinque casi d'infezione associata malaria-melitense

del dott. F. LO PRESTI-SEMINERIO,
già assistente R. Clinica Pediatrica di Messina.

Da qualche tempo varii autori si sono occupati di alcune forme di infezioni associate, il cui ricordo potrebbe non poche volte, crediamo, indirizzare il medico verso ricerche diagnostiche, atte a chiarire quadri sintomatici piuttosto confusi.

Nella recente letteratura troviamo comunicazioni riguardanti infezioni miste, che si possono dividere in due gruppi: infezioni associate, da batteri, ed infezioni associate, da protozoi e batteri.

Al primo gruppo ascriveremo così i quattro casi di tifo-melitense di Maggiore, con predominio della sintomatologia di tifoide grave; il caso, descritto da Tripputi, di tifo-melitense e che conferma i dati del precedente A.; i quattro casi di tifo-melitense e quello di paratifo B-melitense di Auricchio; e recentemente il caso, pubblicato da Castorina, di paratifo B-melitense, nel quale però predominano i sintomi della febbre mediterranea su quelli della infezione paratifica.

Al secondo gruppo appartengono i due casi di leishmaniosi interna-melitense di Emanuele e l'infezione associata tifo-malaria, descritta da Varvaro.

Emanuele ricorda che sulla stessa infezione esistono in letteratura due precedenti comunicazioni, di Maggiore e di Giugni; che dai soli dati clinici non è possibile sospettare l'esistenza dell'infezione associata, occorrendo la diagnosi di laboratorio: e crede infine che l'infezione protozoaria, nei suoi casi, dovette precedere quella batterica.

Varvaro descrive ampiamente la questione dell'associazione tifo-malaria e conclude che può esistere tale infezione mista nel senso che le due infezioni possono colpire contemporaneamente uno stesso soggetto fino a quel punto indenne dalle due malattie. La diagnosi anche qui dovrà essere accertata dal laboratorio. Il quadro morboso risultante non sembra avere caratteri speciali da renderlo un'entità morbosa a sè. La terapia chininica è capace di eliminare la malaria, rendendo così probabile un più regolare decorso della malattia. Ed in ultimo «il concetto di Voodward (accettato da «Verneuil, Fiocca, V. Ascoli), *di una forma «ibrida che risulta dall'influenza combinata «della febbre malarica e della febbre tifoide,* «va interpretata nel senso di Baccelli, cioè

« come una combinazione transitoria di due « malattie, che mantengono in ogni momento « la loro indipendenza terapeutica e probabil- « mente anche quella clinica ».

Esiste infine una recente nota di Magnani e Morandi, sulla febbre melitense in Romagna, nella quale troviamo appena un cenno sulla coesistenza di malaria e melitense e che appunto in un caso, all'inizio della febbre mediterranea, si trovarono gli ematozoi della terzana (p. vivax) nel sangue circolante.

Simili a quest'ultima osservazione e quindi da ascrivere anch'essi al secondo gruppo, sono i casi, che riportiamo, d'infezione associata malaria-melitense.

***

CASO I. — Uomo di anni 55. Non esiste lue. Ha sofferto da parecchi anni di attacchi di angiocolite con comparsa di ittero e febbre; il fegato aumentava allora sensibilmente di volume, mentre la milza si manteneva permanentemente in discreto tumore. Nel mese di dicembre 1923 comparve febbre piuttosto elevata, senza determinati caratteri, ittero. Le urine presentavano albumina in quantità appena dosabile, pigmenti biliari abbondanti, urobilina, imponente cilindruria ed elementi renali all'esame microscopico del sedimento. Tali fatti migliorarono gradualmente con le opportune cure e dopo circa un mese erano quasi scomparsi. La febbre però si manteneva talora irregolare con elevazioni brusche e ogni tanto aveva un carattere piuttosto regolare con elevazione preceduta da brivido e seguita da sudore profuso. Il paziente ha vissuto sempre in zona malarica e pare abbia avuto qualche accesso malarico in precedenza.

Si pratica perciò in gennaio l'esame del sangue con i seguenti risultati: sierodiagnosi positiva 1 : 200 per la melitense, presenza di parassiti malarici (terzana benigna) nel sangue periferico; gl. rossi 3.200.000; gl. bianchi 5800; emoglobina 0.70 % (Sahli); polinucl. neutr. 61.7 %; pol. eos. 0 %; linfociti 20.9 %; grandi e piccoli mononucleati 12.6 %; forme di passaggio 4.7 %.

Furono allora praticate delle iniezioni di bleu di metilene e chinino, le quali diedero prova della buona funzione renale e troncarono intanto gli accessi febbrili aventi caratteri di malaria; le punte febbrili infatti si ridussero ad un massimo giornaliero di 37°.8-38°.5 con netti caratteri di melitense, durata ancora per qualche mese. Il fegato si è ridotto, mentre il tumore di milza è rimasto invariato.

CASO II. — Uomo di anni 63. Nessuna malattia degna di nota nel gentilizio. È stato sempre in zona malarica. Da più di un mese ha febbre continua ed elevata, e con qualche intermittenza, accompagnata da sudorazione. Tumore di milza di modico grado. L'esame del sangue dà: sierodiagnosi positiva 1 : 200 (ripetuta) per la melitense, presenza di parassiti malarici nel sangue periferico (terzana benigna), diminuzione dei globuli rossi e bianchi e dell'emoglobina, notevole monucleosi (17.3 %).

Delle iniezioni di chinino fecero diminuire notevolmente la temperatura e si ebbe allora chiaro il caratteristico andamento della melitense.

CASO III. — Uomo di anni 50. Nulla di notevole nel gentilizio. Vive in zona malarica ed ha sempre avuto accessi febbrili caratteristici. Da quasi due mesi ha febbre continua, talora molto elevata (40°.5), e che ogni tanto ha delle remittenze ed anche delle intermittenze, nel quale periodo la elevazione febbrile è preceduta da brivido e seguita da sudore. Più di frequente la febbre non ha carattere determinato, si eleva e rimette anche due volte ed in ore diverse durante la stessa giornata. Tumore notevole di milza e modico tumore di fegato; tinta subitterica.

Esame del sangue: sierodiagnosi positiva 1 : 200 per la melitense, presenza di parassiti malarici nel sangue periferico (quartana); globuli rossi 3.800.000; gl. bianchi 6.100; emoglobina 75 % (Sahli); polinucl. neutr. 58.8 %; pol. eos. 1.3 %; linfociti 16.7 %; grandi e piccoli mononucleati 19.6 %; forme di passaggio 3.5 %.

Si praticarono allora delle iniezioni di chinino, che fecero diminuire notevolmente la curva termica; in secondo tempo si usò la proteinoterapia e la vaccinoterapia, che pare abbiamo vinto l'infezione melitense.

CASO IV. — Donna di anni 35. Nulla nel gentilizio. Vive in zona malarica ed in precedenza ha avuto attacchi di malaria. Da un mese ha febbre continua con caratteri talora di accessi malarici subentranti, talora con curva irregolarissima. Tumore modico di milza.

Esame del sangue: sierodiagnosi positiva 1 : 200 per la melitense, presenza di parassiti malarici nel sangue periferico (terzana benigna). Notevole mononucleosi.

Si pratica un'intensa serie di iniezioni di chinino e la temperatura scende notevolmente. Dopo qualche mese guarigione.

CASO VI. — Uomo di anni 58. Nulla degno di speciale menzione nel gentilizio. Vive in zona malarica ed altre volte ha avuto accessi caratteristici d'infezione palustre. Da circa tre mesi ha febbre elevata, irregolare, remittente e talora con qualche intermittenza. La diminuzione di temperatura è accompagnata da sudore e l'elevazione è spesso preceduta da brivido di freddo. Tumore notevole di milza e discreto aumento del fegato. A più riprese è stato somministrato del chinino, ed allora si è notato un abbassamento notevole della curva termica, la quale ha preso però andamento irregolarissimo.

Esame del sangue: globuli rossi 3.350.000; globuli bianchi 11.200; emoglobina 75 % (Sahli); polinucleati neutrofili 75.7 %; pol. eosin. 0.9 %; pol. bas. 0; linfociti 12.1 %; grandi e piccoli mononucleati 8.4 %; forme di passaggio 2.8 %. Positiva la sierodiagnosi 1 : 500 per la melitense. Presenza di parassiti malarici (quartana) nel sangue periferico.

S'inizia un nuovo periodo di chinino e la temperatura è notevolmente diminuita. Continua la cura.

***

I nostri casi d'infezione associata riguardano tutti individui adulti, ma poichè tanto la malaria che la melitense colpiscono l'infanzia così come l'adulto, ciò può fare pensare che

pure nei bambini non deve essere rara l'associazione delle due infezioni.

Data la diffusione poi ancora purtroppo grande nei nostri territorii della malaria e d'altra parte essendovi endemica l'infezione da micrococco di Bruce, l'evenienza delle due forme associate deve essere piuttosto frequente.

La difficoltà della diagnosi clinica, crediamo, potrà essere eliminata con l'indagine di laboratorio; ma anche questa talvolta non è agevole, poichè molto di frequente avviene che il medico istituisce in primo tempo, specie se si tratta di malarici cronici, una cura chininica che fa scomparire i parassiti dal circolo periferico. In questi casi bisognerà aspettare la completa eliminazione del chinino e che ricompaiano punte febbrili, che facciano sospettare la coesistente malaria.

La diagnosi di laboratorio è sicura quando si riscontrano i parassiti nel sangue periferico e la sierodiagnosi, contemporaneamente praticata, sia positiva per la melitense ad un titolo piuttosto elevato, ed in ogni caso non inferiore ad 1 : 100, e con un'agglutinazione ben netta.

Dall'esame particolare dei casi esposti, risulta anzitutto che si è sempre trattato di malarici cronici. Con ogni presunzione quindi è lecito affermare che l'infezione batterica si sia impiantata su di un organismo ben fornito di parassiti malarici, che la nuova infezione acuta ha fatto riversare in circolo dai loro nidi negli organi interni.

Ma si deve ammettere una forma primitiva acuta delle due infezioni associate? Ulteriori osservazioni potranno chiarirci al riguardo, dando una presumibile interpretazione sul momento d'invasione delle due forme nello stesso organismo.

La caratteristica della curva termica, in quest'associazione infettiva, è l'irregolarità, ma ogni tanto si ha qualche periodo di regolari intermittenze ed è allora che sorge il sospetto di presenza di malaria.

La curva è divenuta decisamente irregolare e non elevata e cioè nettamente caratteristica della melitense, dopo accertata la diagnosi di forma mista ed istituita la cura chininica.

A parte le complicanze del primo caso, un altro dato da mettere in rilievo è l'esame citologico del sangue: si riscontra quasi costantemente diminuzione dei globuli rossi e bianchi e della emoglobina, e nella formola leucocitaria mononucleosi notevole, a carico specialmente dei polinucleati neutrofili. Nel quinto caso però la mononucleosi non è accentuata ed è a carico dei linfociti; i polinucleati neutrofili sono anch'essi in lievissimo aumento; infine i leucociti sono relativamente aumentati.

La cura chininica, accertata la diagnosi di coesistente malaria, deve essere subito iniziata o ripresa e proseguita con tenacia; essa, spiegando la sua nota azione parassiticida, produce una modificazione nella curva termica, rendendola più bassa e molto simile, come si disse, a quella della melitense, per la cura della quale ultima potrà essere tentata e con successo la proteinoterapia e la vaccinoterapia.

Girgenti, maggio 1924.

BIBLIOGRAFIA.

AURICCHIO. La Pediatria, 1922, pag. 1155.
CASTORINA. La Pediatria, 1924, pag. 44.
EMANUELE. La Pediatria, 1923, pag. 603.
MAGGIORE. La Pediatria, 1918, pag. 321.
MAGNANI e MORANDI. Il Policlinico (Sez. pratica), 1924, pag. 182.
TRIPPUTI. La Pediatria, 1922, pag. 129.
VARVARO. La cultura medica moderna, 1923, fascicolo 23.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Sulle reazioni labirintiche.

(S. KOPETZKY e R. ALMOUR. *Journ. of nervous a. mental disease*, marzo 1924).

La distruzione di qualunque tratto della via vestibolare provoca l'assenza del nistagmo post-calorico. Il nistagmo post-rotatorio è orizzontale quando lo stimolo viene portato sui canali orizzontali, è circolare quando vengono stimolati i canali verticali (testa piegata in avanti di 90°). Un disturbo del nistagmo post-rotatorio parla per una lesione delle vie di collegamento tra i nuclei vestibolari e oculomotori.

Era stato osservato clinicamente già da Barany e da altri che talora persiste il nistagmo post-calorico mentre manca del tutto quello post-rotatorio: Borreis con esperimenti sui piccioni (asportazione dei canali semi-circolari) potè dimostrare che sono diversi gli organi che danno origine al nistagmo post-rotatorio e a quello post-calorico.

Questo probabilmente si produce per uno stimolo degli organi ad otoliti del vestibolo, stimolo che non consiste in movimento, ma in una brusca modificazione della densità dell'endolinfa.

Questa discordanza tra le reazioni labirintiche viene chiamata dal Borreis reazione vestibolare paradossa.

L'esame del nistagmo post-calorico va fatto prima con la testa piegata 30° in avanti, poi 60° in dietro, potendosi avere nelle due posizioni risposte differenti, ciò che conferma l'importanza degli organi ad otoliti per detto nistagmo.

Con l'esame separato del nistagmo angolare e del nistagmo post-calorico si potrà forse giungere ad una più fina localizzazione delle lesioni della via vestibolare.

Secondo l'esperienza degli AA. non è esatto che, se un labirinto è leso, sia di minor durata il nistagmo dopo la rotazione verso il lato sano che verso il lato malato, più spesso anzi si verificherebbe il contrario.

Gli AA. hanno osservato che quando il nistagmo post-rotatorio ha una durata notevolmente minore del normale, cioè di circa 24 secondi pei canali orizzontali, occorre maggior tempo per provocare il nistagmo post-calorico, tenendo conto che nella rotazione verso destra è più stimolato il labirinto sinistro, e viceversa. Non consentono con l'opinione di Eagleton che il nistagmo post-rotatorio sia abbreviato da un aumento di pressione nella fossa cranica posteriore.

Si è parecchio discusso se il componente rapido del nistagmo sia o no sotto il controllo della corteccia. Gli AA. hanno osservato l'assenza di questo componente rapido in un caso di tumore del lobo frontale, ciò che depone per l'intervento della corticalità.

La distruzione di un labirinto diminuisce sensibilmente la durata della vertigine postrotatoria, ma non ha importanza il senso della rotazione.

Normalmente lo stimolo dei canali verticali dà una vertigine di minor durata di quello dei canali orizzontali.

Anche le abitudini e le occupazioni hanno importanza per la durata della vertigine, poichè, ad es., nei danzatori è più difficile provocarla.

Durante lo stimolo calorico la vertigine si presenta dopo il nistagmo.

Sia alla vertigine, che alla prova dell'indicazione, gli AA. non attribuiscono un'importanza eccessiva. Si ammette generalmente che se la vertigine e la motilità sono normali un disturbo della prova dell'indicazione è sintoma di lesione cerebellare. Però la lesione potrebbe anche risiedere sulle vie cerebello spinali, a varia altezza.

Secondo l'esperienza degli AA. quando vi è una lesione sifilitica del sistema nervoso centrale si può avere un disturbo dell'indicazione dopo stimolazione del labirinto, anche in assenza di segni spontanei di dismetria e asinergia.

Quando vi è un disturbo dell'indicazione dopo lo stimolo rotatorio dei canali orizzontali, di solito si ha lo stesso disturbo dopo lo stimolo dei canali verticali.

Gli AA. concludono che le reazioni labirintiche hanno per ora più importanza in otologia che in neuropatologia, ma che vale la pena di proseguirne accuratamente lo studio onde nettamente interpretare il valore delle apparenti contraddizioni nelle loro risposte e giungere a più fine diagnosi di sede, di alcune lesioni del sistema nervoso. DORIA.

MEDICINA.

L'insulina nella pratica generale.

(E. P. POULTON. *British med. journal*, 1924, I, pag. 261).

L'insulina non guarisce il diabetico, ma va considerata come il suo trattamento specifico, purchè la dose per ogni paziente sia determinata e si stabilisca una dieta adatta. Quando è possibile, si manda il malato da uno specialista, che per mezzo di diverse ricerche, fra cui indispensabile la determinazione dello zucchero sanguigno, può stabilire la dose adatta. Ma questa può anche essere determinata praticamente dal medico, nella maggioranza dei casi. Stabilita così la dose di insulina e prescritta la dieta, la continuazione della cura non è difficile, quando il paziente conosca i sintomi sui quali deve richiamare la sua attenzione e sappia ricercare lo zucchero nell'urina, la quale ne deve sempre essere priva. All'inizio del trattamento si devono anche ricercare i possibili focolai d'infezione (denti settici con infezioni apicali, tonsille settiche, cistifellea, appendice, ecc.) e prendere le misure necessarie per eliminare queste cause di complicazioni.

Occorre insegnare al paziente il modo di farsi le iniezioni da sè e la procedura per impedire un inutile sperpero di insulina. L'A. consiglia di tenere siringa ed ago nell'alcool assoluto; quando si debba fare l'iniezione, si estrae la siringa, vi si attacca l'ago e si muove in su ed in giù lo stantuffo per allontanare l'alcool; poi si mette lo stantuffo a ½ cmc. e si introduce l'ago nella fiala fin sotto il livello del liquido, dopo avere lavata l'apertura della fiala mediante etere. Si muove lo stantuffo in modo da scacciare ogni traccia di aria e si aspira la quantità desiderata di insulina, facendo poi l'iniezione, dopo aver lavata la cute con etere. Siringa ed ago si risciacquano poi con acqua e con alcool, e si tengono poi nell'alcool che si rinnova ogni 8-15 giorni.

Nel trattamento si deve mirare a mantenere lo zucchero sanguigno entro i limiti normali; un alto contenuto è dannoso perchè impone uno sforzo al pancreas, già affaticato, mentre tenendo basso lo zucchero sanguigno, il pan-

creas riposa e si può ottenere un certo grado di tolleranza. L'insulina si può dare due volte al giorno, ed in tal caso, si dànno le due dosi a 12 ore di intervallo; prima di colazione e prima di cena; oppure si dà tre volte al giorno ed allora si possono scegliere le ore 6, 12, 21, dando la dose massima alle 21, dopo la cena e le altre dosi prima di colazione e di pranzo.

Lo zucchero sanguigno può essere contenuto entro i limiti desiderati, anche senza determinazioni chimiche; si aumenta gradatamente la dose fino a che insorgano dei sintomi lievi di ipoglicemia e ci si tiene un po' sotto tale dose. I primi sintomi di ipoglicemia sono: scosse muscolari, sudori, senso di vuoto o nausea, vertigini, disturbi mentali (come ansietà, eccitazione, depressione, confusione simulante la ubriachezza), cefalea, palpitazioni ed irregolarità cardiache, esaurimento e debolezza, sintomi oculari (pesantezza, visione di macchie, mosche volanti), intorpidimento, sensazione di freddo, diarrea. Questi sintomi sono probabilmente dovuti al fatto che l'organismo, abituato alla iperglicemia, non ha più la necessaria quantità di zucchero. Nel trattamento a domicilio, si incomincia con 4 unità e si va crescendo di 2 unità alla volta, diminuendo poi la dose alla comparsa dei primi sintomi accennati.

Di grande importanza è lo stabilire una dieta adatta. Per tale scopo è necessario stabilire prima la quantità di calorie necessarie per il metabolismo basale dell'individuo. Questo si determina in base all'altezza ed al peso secondo le note tabelle. (Nel «Policlinico», S. P. del 1922, a pag. 284 si trovano gli elementi per tale calcolo). Si prescrive la quantità di proteine, in ragione di ½ grammo per libbra di peso (gr. 1.1 per Kg.); le rimanenti calorie si dànno in parte con dei carboidrati (scegliendo nel periodo di esperimento i cibi con un contenuto del 5 % di carboidrati (pomidoro, insalata, sedano), di cui se ne può dare a volontà, e di grassi. Per un paziente che ha bisogno di 1.475 calorie per il metabolismo basale, si daranno, p. es., 1010 calorie in forma di proteine (prosciutto, uova, carne, pesce, formaggio), 320 come grassi (burro, panna) ed il resto in carboidrati. L'A. sconsiglia sul principio l'uso di cibi per diabetici in sostituzione del pane, in causa del loro contenuto troppo alto in proteine; egli non prescrive mai il digiuno, ma osserva che se il paziente è molto grasso, è bene ridurne rapidamente il peso. La dieta accennata dovrà essere aumentata del 10-20 % quando il paziente, invece di stare a casa in riposo, incomincerà a fare dell'esercizio fisico; in tal caso, la quantità di proteine rimarrà inalterata e si aumenterà invece quella del grasso.

Una volta determinata la quantità necessaria di insulina, sorge il problema se e quanti altri carboidrati si debbano dare. Nei primi tempi si riteneva che se ne potesse dare a volontà, ma contro tale tendenza urtano gravi obbiezioni. Anzitutto il costo e la limitata quantità esistente di insulina; si deve poi tener presente che, nel normale, l'insulina arriva nel sangue a seconda dei bisogni; quando invece, la si introduce artificialmente, può darsi che essa arrivi in un momento in cui non vi sono ancora sufficienti carboidrati (p. es., per ritardata digestione) e si sviluppino quindi sintomi di ipoglicemia. Inoltre si deve tener presente che la precisione del trattamento con l'insulina può sussistere fino a che si tratti di piccole dosi di carboidrati, ma non altrettanto quando la dose di questi sia notevolmente aumentata. Ci si regolerà quindi in modo differente se si tratta di un giovane o di un individuo in età. A questo si potrà concedere del pane, in ragione di una trentina di grammi a colazione ed a cena, aggiungendo eventualmente anche 60-90 grammi di patate.

In tal caso si aumenterà l'insulina in ragione di una unità per ogni 4 grammi di carboidrati. Invece del pane si può dare della frutta od altri cibi a preferenza del malato, purchè si stia nei limiti dati. In pazienti giovani, fino a 30-40 anni, si eviterà di dare dei carboidrati in più di quelli consigliati all'inizio, fino a che vi siano corpi cetonici nella urina, permettendo tutt'al più un piccolo arancio od un mezzo grappolo d'uva. *La moderazione nella dieta è assolutamente essenziale durante il trattamento con l'insulina.* Ed alla dieta prescritta il paziente deve attenersi, pur variando la qualità dei cibi, purchè mantenga sempre la stessa quantità di proteine e di carboidrati e lo stesso contenuto calorico.

L'insulina va continuata nelle dosi proprio appena al di sotto di quelle che producono i sintomi di ipoglicemia; nei giovani di tanto in tanto si potrà dare una dose superiore di un paio di unità. L'urina si deve sempre mantenere priva di zucchero.

L'insulina può essere data in ogni caso di diabete e deve essere cominciata subito, senza perdere tempo a tentare una cura semplicemente dietetica. Se però non vi sono sintomi di diabete oltre la glicosuria, si dovrà far la diagnosi con l'esame del sangue ed eventualmente determinare la curva di tolleranza sanguigna per la diagnosi con la glicosuria renale, in cui l'insulina non è conveniente.

IL COMA DIABETICO E QUELLO IPOGLICEMICO.

I gravi sintomi di ipoglicemia (convulsioni e coma) non si verificano durante il trattamento con l'insulina, purchè si vada crescendo lentamente con le dosi. In generale non è da temersi che tali sintomi si sviluppino durante il sonno. Piuttosto non è difficile che nel trattamento insulinico del coma diabetico si passi da questo a quello ipoglicemico, senza transizione.

All'inizio del trattamento del coma diabetico, si daranno alte dosi (40 unità) di insulina per via sottocutanea ed eventualmente endovenosa, ripetendole ogni quattro ore, fino a che l'urina, eventualmente estratta con catetere, sia priva di zucchero; si sospende allora l'insulina, che si riprende quando ricompare lo zucchero. Si daranno inoltre abbondanti quantità di liquido, da introdursi nello stomaco per mezzo di una sonda, mantenendo il paziente sul fianco destro per facilitare il passaggio nel duodeno, e non interrompendo nemmeno se viene il vomito. La quantità da introdursi è di circa mezzo litro all'ora; il liquido è fatto di soluzione isotonica con bicarbonato e cloruro di sodio, a cui si aggiunge del glucosio o del saccarosio. Con frequenti esami ci si assicurerà che non si sviluppi edema polmonare.

I sintomi caratteristici del coma diabetico sono: la respirazione molto profonda, il polso debole, la pelle secca, la tensione dei bulbi oculari scarsa, le vene collabite, le urine con zucchero e corpi cetonici. Opposti sono invece i sintomi del coma ipoglicemico, cioè polso pieno e scoccante, vene tese, profusi sudori, talvolta edema polmonare, respirazione affannosa e superficiale, urina senza zucchero nè corpi cetonici. Il trattamento del coma ipoglicemico consiste nell'iniezione di cmc. 1-1.25 di adrenalina all'1 ‰ e nella somministrazione di molto saccarosio o glucosio (120-240 grammi) per bocca o con la sonda. Se il paziente non si rimette, si farà una iniezione endovenosa di glucosio (100-500 cmc.) al 5-6 %.

FILIPPINI.

CHIRURGIA.

La terapia chirurgica del morbo di Flajani-Basedow e i suoi risultati definitivi.

(F. LIEBIG. *Arch. f. Klin. Chir.*, Bd. 129, 1-2 H., 1924).

Nella Clinica di Küttner in circa 30 anni furono ricoverati 300 malati di m. di Basedow, sui quali furono eseguite 268 operazioni: 32 (11 %) furono trattati conservativamente. Ad alcuni fu somministrato del timo (Miculicz), in altri i sintomi erano così miti da mettere in dubbio la diagnosi. Di questi infine alcuni decisero poi a farsi operare, di altri erano giunte più tardi notizie della loro morte.

In alcuni i sintomi resistettero a ogni cura medica ed erano così avanzati da escludere ogni intervento. Oggi però il numero di questi ultimi è ridotto a 0. 4 furono sottoposti a radio-terapia: 2 ne morirono in breve. Gli altri furono perduti di vista.

Tra gli incidenti prima dell'operazione è da notare come il *collasso* durante l'esecuzione dell'anestesia locale è stato osservato solo 2 volte (su 155 casi), imputabile forse all'adrenalina. I pazienti sopravvissero riavendosi dopo lungo periodo di riposo, ma non seppero più decidersi a sottoporsi all'intervento.

In parecchi pazienti furono somministrati vari prodotti con iodio con peggioramento dei sintomi: in altri, rodagen, antitiroidina, con effetti benefici transitori e perchè associati a riposo. 7 pazienti prima dell'intervento furono sottoposti alla radio-terapia con transitorio beneficio, all'intervento però non furono sempre riscontrate quelle aderenze da molti temute: spesso si trovò una ricca vascolarizzazione dello struma. Fu osservata anche una necrosi lenta a guarire, da applicazione di radium.

Non dovrebbe essere però permesso oggi di far diagnosi di morbo di Basedow senza uno struma: questo invece può precedere e di più anni la comparsa di sintomi basedowiani, i quali sopraggiungono in seguito ad un trauma psichico, infezioni, parti ripetuti. Tuttavia in un piccolo numero di casi possono gli altri sintomi precedere lo sviluppo dello struma. Certa è la grande prevalenza del sesso femminile (85 %). Frequenti sono i disturbi della mestruazione. Tra i sintomi più gravi è da considerarsi la glicosuria. Prima di sottoporre i pazienti all'intervento è opportuno far precedere un periodo preparatorio la cui durata dipende dall'intensità dei sintomi: da alcuni giorni a tre settimane e che si riassume nel riposo e nella somministrazione di blandi sedativi, applicazioni di ghiaccio sul cuore e sul gozzo. Da respingere è l'uso dei preparati a base di digitale: sono più che altro nocivi. Si può applicare l'anestesia locale su diversi pazienti infiltrando con la solita soluzione novocaino-adrenalinica l'istmo, i punti di fuoruscita delle arterie e la linea di incisione. Ma l'aggiunta dell'adrenalina può spiegare le irrequietezze che colpiscono i pazienti dopo la anestesia. Completamente abbandonata è la anestesia da conduzione. Talora è necessaria

una breve ebbrezza eterea o la presenza di persone capaci di deviare l'attenzione del paziente. In genere però bisogna ricorrere alla anestesia generale, eseguita da un provetto narcotizzatore.

Data la grande sensibilità dei basedowiani verso lo iodio è bene procedere alla disinfezione della regione con il solo alcool.

Di tutti i metodi suggeriti per lungo tempo sembrò dar buoni risultati il processo di Miculicz, poi abbandonato, per la copiosa emorragia, in favore della quadruplice legatura secondo Kocker, benchè meno efficace.

L'emistrumectomia si dimostrò sufficiente in moltissimi casi, ma nei gozzi diffusi no.

Per questo è necessario ricorrere alla legatura delle arterie, all'emitiroidectomia più resezione dell'istmo e di uno dei poli dell'altra parte, lasciando per due o tre giorni un piccolo drenaggio.

Non si può dire se ci sia gran differenza dividendo in due tempi tale intervento o pur no.

La mortalità varia naturalmente a seconda gli interventi e il perfezionarsi delle tecniche: da un massimo di 40 % è scesa nei pazienti privati di Küttner al 5 %.

Venticinque morti su 30 morirono entro 24 ore col quadro tipico delle morti per Basedow (polso frequentissimo, azione cardiaca concitatissima, irrequietezza dei pazienti); gli altri furono perduti per emorragia immediata o tardiva.

In genere all'autopsia fu trovato il tipico stato timico linfatico ma non fu mai constatata l'ipertrofia del timo: quindi non è a queste ghiandole soltanto che si debbono addebitare le recidive o le morti. Dal punto di vista anatomo-patologico lo struma fu trovato sempre ingrandito. Due sono i tipi da distinguersi: il gozzo di Basedow primitivo e lo struma basedowficato, uno struma colloide o adenomatoso, cioè al quale si aggiunsero più tardi i sintomi basedowiani. Nei primi esiste un quadro istologico caratteristico: formazioni papillari costituite da epiteli, altre quasi cilindriche e povere di sostanza colloide, con rari focolai di proliferazione di tessuto linfatico e infiltrati linfatici. Negli altri casi il reperto è assai meno tipico e ricorda lo struma colloide e parenchimatoso. Ma non esiste allora un parallelismo rigoroso o intensità di sintomi e reperto istologico. Eppure anche in questi casi con l'asportazione della tiroide malata si ottenne la guarigione. Tuttavia bisogna pur riconoscere che non è possibile esaminare tutto il tessuto tiroideo e che accanto a focolai degenerativi ne esistono altri di tessuto ancora normale. È pacifico che nelle operazioni per struma bisogna rispettare le paratiroidi.

In una paziente in cui esse furono asportate, comparvero tipici attacchi di tetania il giorno dopo dell'intervento. Ma ancora dopo 4 anni con la somministrazione di paratiroidina e di calcio la paziente potè dare alla luce un feto vivo e vitale. Dopo l'intervento sono stati osservati stati di eccitamento transitori; 3 malati furono perduti per polmonite. Una sola volta si ebbe ad osservare una emorragia che richiese un altro intervento e una volta la formazione di un ascesso. È notevole in tutti i malati operati per B. l'enorme aumento di frequenza del polso e di temperatura; fenomeni che nei casi favorevoli cedono dopo alcuni giorni. Tuttavia occorre del tempo prima che il polso torni alla frequenza di prima dell'intervento. Si nota spesso un aumento di peso, segno di prognosi buona. Appena terminato l'intervento è opportuno applicare la vescica di ghiaccio sul cuore e sullo struma, somministrando solo nel primo giorno morfina e poi un ipnotico blando, astenendosi sempre dai cardiocinetici. Naturalmente all'atto della dimissione dalle Cliniche il paziente non è ancora guarito, ma occorre si sottoponga ad una lunga cura prima della scomparsa completa dei sintomi. Il polso ritorna dopo un breve aumento ad una frequenza pressochè normale: un tal risultato basterebbe di per sè solo a giustificare l'intervento, poichè è certo che viene eliminata quella causa che direttamente o meno influisce così sinistramente sul muscolo cardiaco.

Del resto anche gli altri sintomi migliorarono: persino l'esoftalmo che nei casi più fortunati regredisce quasi del tutto. La guarigione completa non si ottiene che in tempo variabile da mezzo a due anni, sempre tenendo presente che entro 5, 7 anni può presentarsi una recidiva. Ma è anche difficile stabilire le migliorie sia per le ineguali scomparse dei vari sintomi e per il fatto che, come sempre succede, è difficile rintracciare tutti i malati. Di coloro dei quali si ebbero poi notizie su 3/5 degli operati il 69 % erano guariti, il 17 % assai migliorati, il 10 % migliorati e solo 9 (7 %) non avevano risentito alcun giovamento dall' operazione. Considerando il tempo e i diversi tipi delle operazioni si vede come la resezione estesa rappresenti il procedimento più razionale tenendo anche conto della scarsa mortalità. Nel ben 85 % la validità al lavoro ritornò al normale; l'insuccesso negli altri è dovuto all'incompletezza dell'operazione. Dei singoli sintomi la tachicardia regredisce nel 77 % dei

casi e scende fino a 70-80 pulsazioni al m'. Parallelamente scompaiono le pulsazioni delle carotidi; l'azione cardiaca concitata.

Viceversa è raro il ritorno al normale del quadro ematologico. L'esoftalmo e il tremore presenti nel 90 % dei casi, scompaiono quasi sempre e rapidamente, e con essi tutti i sintomi oculari. Non si sono mai avuti a lamentare dolori in corrispondenza delle cicatrici. Ma quello che più rende grati i malati è il ritorno della tranquillità e della stabilità psichica, in modo che è loro permessa una nuova vita.

E. MINGAZZINI.

COMMENTI.

A proposito di omeopatia.

Le divagazioni sulla omeopatia ci hanno procurato le osservazioni di un collega omeopata italiano, il dott. Carlo Cenerelli di Osimo; ben volentieri le pubblichiamo.

Ringrazio il Collega per le espressioni cortesi a mio riguardo e per il tono elevato della discussione; messa su questo terreno, la polemica diventa una conversazione amichevole e forse anche feconda. Le sue critiche, del resto, integrano il mio modesto articolo, il quale non aveva altra intenzione che quella di dare un'idea dei principii dottrinali su cui si fonda l'omeopatia e del modo di applicazione nella pratica. La trattazione doveva quindi riuscire schematica e concisa; così Pulsatilla e cura dell'ascesso sono stati scelti a puro scopo di esemplificazione, senza entrare nei particolari che ora il dott. Cenerelli, nella sua speciale competenza, aggiunge e completa.

Non si può disconoscere che dalle nuove teorie e scoperte scientifiche l'omeopatia acquista novello vigore; così l'oligodinamismo, p. es., può offrire un valido punto di appoggio, presentandosi e scoprendosi in esso dei fenomeni che gli omeopatici avevano già preveduto da tempo. Il paragone però fra le molecole di sublimato e di belladonna disciolte non regge, poichè nel caso del sublimato è nota la dissociazione elettrolitica, mentre in quello della belladonna la cosa non è tanto semplice, trattandosi di molecola organica complessa di cui la parte attiva può essere una sola porzione. Questa complessità e la maggior facilità di trovare porzioni attive anche ad alte diluizioni risulta più evidente per certe sostanze coloranti, fra cui è da citarsi la fluoresceina, della quale è percepibile la colorazione anche a diluizioni di 1/200.000.000.000, diluizione che è però ancora lontana da quelle usate dagli omeopatici. Con l'uso di queste ultime però, anche se vi troviamo delle molecole attive, non si può più parlare di sostanze insolubili, sicchè il vetro può cedere alcuni dei suoi componenti, mentre l'acqua distillata può contenere altre sostanze anch'esse non desiderate ed ignorate.

Ma gli omeopatici asseriscono che più che sulle teorie si basano sui fatti e citano risultati terapeutici favorevoli, ciò che del resto non maraviglia, poichè la terapia anche oggi lascia sempre un margine di vago e di impreciso in cui tutti i metodi possono convenire. Ma, sia pure sulla scorta di diversi risultati favorevoli, non sarà agevole ottenere conversioni di allopatici, anche perchè conversione significa abiura e quindi rinuncia a tutto quello che è la nostra vita professionale, il nostro patrimonio scientifico, il nostro abito mentale.

Nè ci conforta il fatto che l'omeopatia è assai diffusa nei paesi di lingua inglese (intendo specialmente dell'Inghilterra e degli Stati Uniti). Nessuno potrebbe disconoscere il grande contributo che tali nazioni dànno alla scienza, ma è altresì degno di nota il fatto che proprio ivi (e particolarmente agli Stati Uniti) maggiormente fioriscono la chiropratica, la Christian Science ed altre ciurmerie del genere, appetto alle quali l'ingenuo ciarlatanismo che ha presa sul nostro rozzo contadino è una cosa da fanciulli. Lungi da me il pensiero di considerare l'omeopatia alla stregua di tali pratiche, ma certo è che il solo fatto di trovare, essa, adepti ed ardenti proseliti in quei paesi, non dimostra che sia degna di fede.

E lascio senz'altro il posto al commento del dott. Cenerelli, con che si considera definitivamente chiusa la questione.

A. FILIPPINI.

***

Ill.mo Signor Direttore,

Leggo solo oggi nel fasc. 21 (26 maggio 1924) dell'ottimo *Policlinico* un articolo del dott. Filippini intitolato «*Dottrine e misteri dell'omeopatia*» e mi permetto pregarla di pubblicare la seguente risposta:

Anzitutto voglio ringraziare l'egregio scrivente per aver dato modo, a chi vuole, di discutere in proposito, ed è soltanto dalla discussione obbiettiva, onesta, spregiudicata, che può sorgere la verità. Ammiro e lodo l'egregio dottore per la maniera corretta di scrivere, sia pure in convinzione avversa; ammirazione e lode che derivano spontanee dato il modo scorrettissimo con il quale i più sparlano dell'omeopatia senza pur anco conoscerla. Il dot-

tore Filippini dà almeno la prova di averne letto qualche cosa, seppure offra l'altra di non averla sperimentata; chè se così fosse concluderebbe col dover dichiarare che i fatti esistono sebbene ne sia malagevole la spiegazione.

Entro senz'altro in argomento:

Nel primo capoverso del primo paragrafo parla della Farmacopea omeopatica ufficiale annunciata fin dal decembre 1922 con parere unanime del C. S. di S. e di cui s'ignora la fine. Verissimo e, per noi, deplorevolissimo fatto, ma di chi la colpa? Dov'è il mistero in cui, secondo l'articolista, si avvolgono farmacopea e omeopatici? La prima contiene notizie tanto chiare e lampanti da riescire accessibile ad ogni modesta intelligenza; i secondi esercitano la loro professione alla luce meridiana proprio come i confratelli dell'allopatia, e quindi niente misteri.

E giacchè l'egregio dott. Filippini dice che all'Estero, e massime ove si parla l'inglese (questo idioma risuona in molte parti del mondo) l'omeopatia ha molti proseliti e scuole ufficiali, vorrà pure riconoscere che un qualche cosa di vero e di buono dovrà presentare codesto misterioso (!?) sistema. Altrimenti sarebbe logico considerare quei popoli come masse di illusi, o di ignoranti, o di retrogradi. Eppure dagli atti che compiono in tutte le manifestazioni della vita (arti, industrie, commerci, scienze, politica, ecc.), non sembrano davvero tali. È possibile che incretiniscano proprio quando è in gioco la loro salute, anzi la loro vita?

Ottimamente quanto è contenuto in tutto lo scritto che segue il primo capoverso, ma mi è duopo intervenire alla fine dell'ultimo capoverso del secondo paragrafo laddove l'autore dell'articolo dice che l'omeopatia dà ***Pulsatilla*** a quel paziente che soffre di congestione venosa, che ha varici, sangue nero, inspessimento delle secrezioni glandulari, pelle umida e fredda, cianosi delle estremità, perchè codesto nosografismo rivela il tipo *Pulsatilla*. Ciò non è esatto poichè tali disturbi non li produce soltanto *Pulsatilla*, ma anche *Aesculus-hippocastanus*, *Hamamelis virginiana* e parecchi altri, onde la necessità di rintracciare minutamente tutte le peculiarità, tutte le sfumature morbose, le caratteristiche costituzionali personali, elementi tanto più preziosi quanto più coprono il caso, ed allora soltanto si potrà dire: questo è il rimedio indicato.

Accade spesso, peraltro, che una sostanza risulti nella propria patogenesia simile a molti sintomi presentati dal quadro morboso, ma non a tutti. In allora necessita completare la terapia con altro medicamento che provochi, e quindi curi, quei disturbi che il p. accusa e che non furono tolti dal primo perchè non li presentava nella sua patogenesia. Quel secondo medicamento si chiama *complementare*, e deve seguire il primo.

Circa il terzo paragrafo debbo riconoscere con piacere che quanto ivi è contenuto risponde proprio alle nostre teorie, ma che non è del tutto esatto quanto il dott. Filippini vi afferma circa l'uso della 30ª diluizione fatta dagli omeopatici più moderati, poichè almeno alla 200ª ci arrivano tutti.

Nel primo capoverso del quarto capitolo l'egregio articolista cade nell'errore, che proviene unicamente dalle teorie della scuola dominante, di generalizzare troppo nella cura tenendo più conto della malattia che del malato. E quindi scrive che in un accesso sottocutaneo caldo, dolente, con larga infiltrazione periferica l'*Hepar-sulphuris* alla 200ª, ed anche alla 1000ª arresta di botto la suppurazione ma aumenta l'impasto ed i dolori, mentre invece alla sesta favorisce rapidamente la formazione del pus, elimina i dolori, e dà sollecita cicatrizzazione. Tutto ciò è verità sacrosanta soltanto però quando *Hep-sulph.* è indicato da altre caratteristiche presentate dal P. all'infuori di quelle obbiettive e subbiettive dell'accesso. Poichè questo può essere curato bene, e guarito meglio, anche da molti altri medicamenti; p. es.: da *Lachesis*, *Sulphur*, *Arsenicum*, *Calcarea carb.*, ecc.

La questione della scelta sta sempre nella individualizzazione del rimedio. Forse il dottor Filippini avrà letto quanto ha scritto in un libro di omeopatia, ma è duopo considerare come anche tra gli omeopatici ci siano di quelli che scrivono, o dicono, incompletamente, come accade tra i medici dell'altra scuola, e però le manchevolezze di alcuni proseliti di un sistema non autorizzano a ritenerne responsabile il sistema medesimo.

Nel capoverso seguente (secondo del quarto paragrafo) parla di *stranezze* che per gli allopatici educati a tutt'altro modo di pensare riescono inconcepibili, e tra codeste stranezze cita come il *Licopodium* sia, per noi, un rimedio che agisce prevalentemente a destra, l'*Arsenico* abbia un'azione crociata, la *Silice* spieghi la sua influenza molto più su malattie che si presentano nel novilunio, e la *Calcar. carb.* su quelle del plenilunio. Io, certo, non potrei chiamare con altro nome «all'infuori di quello datogli dal dott. Filippini», codesti fenomeni, ma i fatti stanno a dimostrare la verità dell'asserto, e di strani capricci è piena natura.

Non ci sono forse malattie che colle fasi lunari regolano il loro andamento? Il fatto è noto ad ognuno come ignoto a tutti è il perchè. Il maggior numero di parti non avviene forse di notte e nel plenilunio? Le ipotesi sono pa-

recchie, ma la ragione vera? Buio pesto. Ma se ci sono malattie ed anche funzioni fisiologiche che risentono l'azione degli astri, del freddo, del caldo, dell'umidità, del vento, ecc., perchè l'azione di molte sostanze medicamentose non potrebbe venire dalle medesime cause influenzata? E così dicasi delle diverse ore della giornata in rapporto al miglioramento ed al peggioramento delle malattie. Ogni medico sa che determinate forme morbose si esacerbano o si calmano in ore quasi precise, e qual meraviglia quindi che se una forza morbosa agisce più o meno potentemente in date ore del giorno, una forza medicamentosa possa fare altrettanto? Perchè alcuni dolori ossei, ad es., debbono essere peggiori di notte, alcuni disturbi culminare verso le 9 di sera, altri verso le 9 del mattino? Perchè molte sofferenze reumatiche tacciono col riposo, mentre altre si mitigano col movimento? Noi non lo sappiamo davvero, persuasi peraltro che lo ignorino eziandio i confratelli allopatici. Ma conosciamo una serie di medicamenti che spesso guariscono quei dolori che codeste stranezze presentano.

E per citarne qualcuno, tra i diversi dei vari capricci morbosi or ora mentovati, segnalerò quanto segue:

Dolori ossei peggiori la notte: *Merc. corr.*

Accentuazione di tutti i disturbi circa le 9 di sera: *Brjonia.*

Accentuazione di tutti i disturbi circa le 9 di mattina: *Chamomilla.*

Dolori reumatici che compaiono o si esaltano nel riposo: *Rhus-toxicod.*

Dolori reumatici che compaiono o aggravano pel movimento: *Brjonia.*

E si potrebbe seguitare per lungo tempo, ma non bisogna mai dimenticare che i sunnominati medicamenti riesciranno poco, o affatto, nello scopo se oltre a quei sintomi di guida non coesisteranno altri sintomi che pure ai medesimi medicamenti appartengono.

L'affermazione della lateralità morbosa è forse frutto di fantasia omeopatica? Ogni medico che osserva minuziosamente i malati potrà constatare come alcuni di essi abbiano avuto nel corso della loro vita gli organi e le regioni più diverse attaccate sempre, o prevalentemente, da un lato. Per es. qualcheduno da lattante avrà sofferto di otite *destra*, nella prima infanzia di un'oftalmia *destra*, nella gioventù di pleurite *destra*, più innanzi di sciatica pure *destra* e persino se ebbe denti cariati questi lo furono a *destra*, come sempre nella mano o nel piede *destri* si presentarono i geloni (è chiaro che altrettanto può dirsi pel lato sinistro).

Il definire ciò come capriccio del caso non persuade punto, ad ogni modo è bene tenerne conto, massime quando dalla patogenesia di alcune sostanze medicamentose sappiamo che la loro azione sull'individuo sano si svolge con preferenza costante sempre dallo stesso lato.

Non bisogna peraltro credere alla infallibilità ed al dogmatismo dell'omeopatia, il che sarebbe superlativamente sciocco. Si tratta di sostanze che debbono agire su di un organismo vivente sottoposto ad influenze fisiche e psichiche le più svariate, il quale perciò risponde in modo assai diverso a stimoli anche eguali. Ma se ciò costituisse divieto per poter tracciare una linea di condotta terapeutica, anche l'allopatia non si troverebbe a minor disagio.

Dell'influenza del colorito dei liquidi non ne ho conoscenza, ma non sarebbe davvero da crocesegnarsi pensando che un dato colore possa emanare vibrazioni diverse da quelle di un altro.

Nel primo capoverso dell'ultimo capitolo si accenna ad una certa *lustra scientifica* che gli omeopatici vorrebbero dare ai loro vecchi concetti a spese delle moderne scoperte e teorie. Questo poi no, egregio dott. Filippini; gli omeopatici tengono assai più alla constatazione dei fatti che alla proclamazione di teorie, siano pure modernissime ed emesse da uomini illustri. Perchè, senza la menoma offesa a cotesti, il campo delle teorie è troppo noto come sdrucciolevole perchè esse siano accolte senza molte riserve. E però gli omeopatici affermano, con ragione, che moltissime delle moderne scoperte nelle diverse branche delle scienze naturali, e della medicina, confermano ogni giorno più la potenza sbalorditiva delle piccole dosi, delle dosi infinitesime, inconcepibili, ed il dominio della legge dei simili.

Nè vale citare il numero irrisorio, o negativo, di molecole medicamentose che può trovarsi in certe soluzioni omeopatiche quando i fatti dimostrano con reazioni biologiche che quelle soluzioni agiscono. È possibile forse immaginare un'armonia di laboratori più fedeli, più sinceri, più perfetti di quelli che costituiscono l'organismo umano? Il computo molecolare dipende da leggi immutabili della matematica, ma i fenomeni biologici se ne allontanano troppo spesso.

Giorni or sono ebbi a somministrare *Belladonna* alla 40.000ª ad un ragazzo di 11 anni che presentava tutti i sintomi morbosi per beneficiarne, e ne beneficiò in poche ore dopo aver sofferto una esaltazione di tutti i fenomeni morbosi. La mattina appresso, entrando nella stanza del malato, la mamma, Signora molto intelligente, mi disse subito: « Dottore, il ragazzo sta bene, ma ha gli occhi così brutti che sembrano due macchie d'inchiostro, perchè? ». Lo guardai: aveva un'enorme dilatazione pupillare senza dubbio causata dalla Belladonna poichè prima di questo medica-

mento le pupille erano normali, e così tornarono dopo terminata la sua azione.

Stando al computo matematico; se nella dodicesima soluzione di un grammo di sublimato corrosivo si trova soltanto una molecola attiva ogni 407 cmc., nella 40.000ª soluzione di Belladonna quella tal molecola si sarebbe trovata sì e no nel volume dell'Oceano. E se così fosse come riescii a pescarla? E se non mi fu dato di rintracciarla dipese forse da suggestione l'enorme dilatazione delle pupille? Ma come potè prodursi tale stato suggestivo se niuno in famiglia sapeva che io avevo somministrato Belladonna? Il fatto peraltro è avvenuto, e allora? Mistero! D'accordo.

Epperò l'omeopatia che mira soltanto ad alleviare le sofferenze di chi soffre, e sa per esperienza che certe sostanze agiscono ottimamente in determinate condizioni morbose, allorchè sono date in peculiari forme di preparazione, le dà, ben felice se un giorno una spiegazione scientifica potrà chiarirne il mistero. E il malato le prende interessandosi assai poco se codesta spiegazione, più o meno scientifica, verrà o no; egli è ben pago dell'effetto ottenuto.

L'articolo del dott. Filippini culmina poi per rara onestà e leale franchezza laddove dichiara che, quando non possono far del bene, per lo meno gli omeopatici non danneggiano con la grande quantità di intrugli e con le dosi elevate che i poveri pazienti sono costretti ad ingollare coll'allopatia. Migliore elogio al sistema omeopatico un medico onesto dell'altra scuola non potrebbe fare.

Ma il Filippini erra scrivendo poi nello stesso capoverso (quinto dell'ultimo paragrafo) che le ennesime diluizioni omeopatiche agiscono per suggestione della cosa nuova e del mistero. Ebbene provi Egli a dare la diluizione più spinta ad un malato che non ne ha bisogno e non noterà fenomeno alcuno; dia in seguito quella indicata e vedrà l'esacerbazione, talvolta impressionante, di tutti i disturbi, seguita poi da marcato miglioramento. Si convincerà in tal maniera che la suggestione non esiste in cotesti casi. Eppoi, se anche così fosse, perchè tal potere dovrebbero possederlo soltanto gli omeopatici dal momento che di *cose nuove* ne compariscono tutti i giorni nella terapia consorella? Ed ancora: Dov'è la suggestione del mistero quando l'omeopatico dice al malato il nome della sostanza che gli somministra, comportandosi in tal modo come il medico allopatico?

Andiamo ora alla considerazione della diagnosi: Il Gallavardin dice molto bene che non deve accordarsi un'importanza *esagerata* alla diagnosi, ma non già che questa debba essere trascurata perchè ritenuta inutile. Il far dipendere la cura direttamente ed unicamente dalla diagnosi (cognito morbo facilis curatio) porta diritti al controsenso che ogni data malattia debba essere trattata in un dato modo, e qui risale l'origine e l'impiego del ricettario allopatico. Noi invece sosteniamo che ogni data malattia va curata non secondo il suo nome, ma secondo i singoli individui, le singole costituzioni, le singole famose stranezze morbose, la singola sintomatologia. E siccome quest'ultima sintetizza le prime ecco il perchè della grande attenzione che l'omeopatia prodiga alla semiotica infinitamente più minuziosa, più prolissa, più curiosa (*sic?*) di quella ufficiale.

D'altronde non si giunge forse, quando lo si può, ad una diagnosi esatta soltanto osservando meticolosamente tutti i sintomi obbiettivi e subbiettivi che l'infermo presenta, e speculando sulla loro analisi e sulla loro sintesi?

Il concorso prezioso dei diversi laboratori e gabinetti non viene davvero respinto dagli omeopatici, tutt'altro, ma gli è che questi, almeno, in Italia, si trovano in condizioni miserevoli di laboratorio per il nessuno ajuto offerto dallo Stato.

Ma il dott. Filippini che non ignora quanto avviene nelle altre Nazioni, specialmente di dominio Inglese, Americano, Francese, Tedesco, Spagnolo, ecc., saprà ancora come colà si studi con profonda scientificità la terapia omeopatica. Egli avrà letto senza dubbio le bellissime conferenze del dott. Monezj-Eon «*Sul mondo delle vibrazioni e l'omeopatia*», e quelle non meno interessanti del dott. Suriol sulla «*dinamizzazione omeopatica in relazione con la concezione moderna della struttura dell'atomo*».

Perchè dunque in Italia non dovrebbe lo Stato aprire un modesto ospedale omeopatico diretto da omeopatici, ma controllato diuturnamente e con serietà indefettibile da autorità governative e da clinici allopatici?

Se domani un bel genio, che io chiamerei diabolico, presentasse un nuovo modello di fucile, o di cannone, o di altro ordigno infernale per dar la morte chissà quanti milioni si spenderebbero per sperimentarlo e, trovatolo efficace, gelosamente custodirlo. Sarà dunque impossibile elargire qualche soldo per sperimentare un sistema da molti elevato a meraviglioso, da altri combattuto senza tregua, ma che risolto nell'un modo o nell'altro riguarda sempre il più grande degl'interessi: la pubblica salute? Si potrebbe domandare di meno?

I miei più vivi ringraziamenti, Ill.mo Signor Direttore del Giornale, per l'ospitalità concessami, e distinti ossequi allo scrittore dell'articolo.

Osimo, 22 giugno 1924.

DOTT. CARLO CENERELLI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

E. MEYER. *Psychiatrie. (Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung)*. Innere Medizin. Prof. Dott. J. SCHWALBE. II ediz. migliorata, pag. 119. Lipsia, Thieme, 1923.

In questo volume il Meyer ci offre una breve e succinta trattazione di quanto ogni medico dovrebbe sapere di questa branca così importante della scienza medica e che purtroppo da tanti medici è trascurata.

L'opera comprende una parte generale in cui in altrettanti capitoli vengono trattati la simulazione, la dissimulazione, gli errori nella valutazione dei disturbi psichici, dei sintomi, delle sindromi psichiche, dell'esame obiettivo, dell'eziologia e degli errori nella terapia delle malattie mentali.

Segue la parte speciale in cui sono trattate ampiamente le varie psicosi. L'autore segue in generale i canoni della scuola di Kraepelin.

Il libro per la copia di consigli ed informazioni che racchiude nel breve spazio delle sue 119 pagine, sarà di prezioso aiuto per chi vorrà orientarsi rapidamente sui problemi della diagnostica e terapia psichiatrica.

ENDERLE.

A. MARINA. *Studi di statistica nevrologica su diciottomila malati. Considerazioni di demografia e di sociologia*. Bologna, L. Cappelli, editore.

L'A. ha tratto il suo ricchissimo materiale di osservazione in gran parte dal Reparto Nevrologico da lui diretto alla Poliambulanza di Trieste. La pratica privata, ambulatoria e di consulenza, forma una statistica a sè, più modesta dell'altra, ma che pure ha un valore per la nosologia delle classi borghesi e per il confronto percentuale.

Speciale importanza ha la statistica delle paralisi dei muscoli oculari, anche perchè esse avevano già formato oggetto da parte dell'autore di studii particolari durante vari anni e di parecchie pubblicazioni.

Diligentemente ricercate furono le condizioni demografiche della città, specie in riguardo alle cause di morte ed alla loro percentuale in genere e ad alcuni mestieri in ispecie; nè fu trascurata la scabrosa questione sessuale, in relazione specialmente alle affezioni venereo-sifilitiche.

Nella prima parte, come scrive l'A. medesimo, il tema resta strettamente medico; nella seconda si intreccia con ricerche demografiche; nella terza alcuni temi demografici e sociali sono studiati per sè stessi, se pur brevemente, dal punto di vista medico ed igienico.

Il lavoro del Marina non è soltanto uno studio statistico, come modestamente l'A. ha scritto sulla guardia del volume, ma è sopratutto opera di alto valore clinico, quale doveva necessariamente scaturire dalla esperienza di trenta anni di pratica neurologica, messa a profitto di uno spirito osservatore ed eminentemente critico.

FUMAROLA.

F. DE RAFFELE. *Le paralisi ischemiche*. Editore L. Cappelli, Bologna.

È un libro che riassume in modo completo, esauriente tutto quanto si conosce su l'interessante argomento delle paralisi ischemiche. Dallo studio dei casi osservati e curati nell'Istituto Ortopedico Rizzoli, e dall'analisi di tutti i casi finora pubblicati, che sono riportati integralmente, l'A. prende le mosse per trattare la etiologia, la patogenesi, la sintomatologia, la terapia dell'affezione. All'esposizione dell'esperienza e delle opinioni altrui l'A. aggiunge l'osservazione ed il giudizio personale, che è il risultato di uno studio accurato e largo della quistione.

Non mancano considerazioni medico-legali sia in riguardo all'infortunistica sia in riguardo alla responsabilità professionale.

Il libro, veramente raccomandabile sotto ogni aspetto, è ricco di illustrazioni e di citazioni bibliografiche.

DRAGOTTI.

N. GENTILE. *La medicina psicologica*. Prezzo L. 12. Editore Bocca, Torino.

Questo volume della *Piccola Biblioteca di Scienze Moderne* è destinato ad un sicuro successo per la suggestione del suo titolo. Ed in vero la lettura non genera disillusione. L'A. espone con molta perizia le ragioni dottrinali ed empiriche della influenza dello psichismo sulle condizioni della salute fisica e mentale ed i metodi che la scienza suggerisce per evitare gli effetti dannosi di questa influenza ed a renderla benefica.

Il volume costituisce un tentativo inteso a diffondere la nozione della importanza dei metodi psicologici nella terapia neuropsichica e comune, e come tale è degno di lode. *Dr.*

G. MALUTA. *Metodo di suggestione terapeutica*. Prezzo L. 9. Editore Zannoni, Padova.

In questo volumetto sono esposti i varî metodi di suggestione terapeutica, le condizioni nelle quali essa ha più probabilità di efficacia. La pubblicazione è il frutto, come afferma l'autore, di trenta anni di esperienze personali.

La forma è chiara, facilmente intelligibile.

a. a.

F. MEZZATESTA. *Lesioni del nervo ottico a livello del canale*. Tip. Cecchini, Roma, 1923.

Con ricerche accurate e con una numerosa ed importante casistica personale, l'A. porta un contributo prezioso alla conoscenza dei rapporti che intercedono tra canale e nervo ottico, mettendo in evidenza come le lesioni dell'uno possano determinare alterazioni nell'altro. Così le fratture, le infiammazioni acute e croniche, i tumori che invadono il canale, non lasciano quasi mai indenne il nervo, mentre spesso non danno disturbi visivi di sorta sino a che rimangono indovati nella cavità orbitaria. La parte però più importante del lavoro è costituita dai capitoli che riguardano i rapporti coi seni accessori del naso e con l'arteria oftalmica. Il canale, che scorre di frequente nel seno sfenoidale e nella cellula postuma del seno etmoidale, risente molto spesso delle alterazioni che in esse si manifestano. L'A. con casi clinici, corredate da una serie di radiografie, reperti necroscopici e microfotografie, dimostra come le lesioni del nervo ottico sieno dovute il più delle volte al fattore meccanico della compressione e talvolta anche alla compartecipazione diretta del nervo al processo morboso, mostrando tutta l'importanza di una diagnosi precoce per una cura efficace, diagnosi che tanto più si rende difficile quanto più l'oftalmoscopio non manifesta alterazioni del fondo oculare. Ancora più difficile è la diagnosi di ambliopia o amaurosi da ateromasia dell'oftalmica e nei casi dell'A. solo il reperto necroscopico potette darne la certezza. Questi casi corredati da belle e nitide microfotografie, mostrano all'evidenza come l'atrofia del nervo ottico sia dovuta anche qui alla compressione, e come solo in secondo tempo si presentano fenomeni di infiammazione cronica.

La monografia, che è un interessante studio di ciò che una volta si confondeva sotto il nome generico di nevrite retrobulbare, dimostra come sia varia la causa di tante ambliopie ed amurosi, e come sia necessario ricorrere a tutti i presidi che offre la Clinica ed il Laboratorio per una diagnosi precoce che permetta una cura efficace.

DI MARZIO.

HELLPACH. *Geopsychische Erscheinungen*. — Prezzo M. 16. Editore Engelmann, Lipsia.

Questo magnifico volume, che giunge in breve tempo alla terza edizione, è l'opera più completa sulla influenza del tempo, del clima, delle condizioni e costituzione del suolo delle varie regioni sulla vita spirituale dell'uomo.

È un libro denso di osservazioni e di considerazioni che interessano il medico come il sociologo. Dalla azione delle varie vicende atmosferiche sullo stato emotivo-sentimentale, cenestetico e sulla produttività dell'individuo all'azione del clima e della costituzione tellurica sul determinismo dei caratteri psichici dei varî popoli e quindi sul corso della storia dell'umanità, è tutta una ricca serie di fatti che non solo destano un vivo interesse di curiosità, ma hanno profondi riflessi pratici in relazione ad un adatto incanalamento delle colonne emigratorie.

Dr.

F. LEONCINI. *Principii di Medicina Legale*. Prezzo L. 16. Editore Barbèra, Firenze.

Questo numero della *Collezione di Scienze giuridiche, sociali e politiche* è nell'intenzione dell'autore destinato ai legali, ma costituisce per certi aspetti un buon libro di preparazione anche per gli studenti di medicina.

Si fa notare per la semplicità e chiarezza dell'esposizione.

Di molta utilità è un glossario medico-legale con il quale si chiude il volume.

a. a.

Roma Sanitaria. Annuario medico di Roma e Provincia per l'anno 1924-25, con aggiunto l'elenco riguardante i medici della Sardegna, compilato sotto la direzione del dott. CODRO BUCCHI. Volume di formato album, pag. 250 circa. Presso la « Roma Sanitaria » (via Liberiana 17). L. 20.

Riporta l'elenco del personale di tutte le istituzioni sanitarie, gli albi degli Ordini, un Codice deontologico, ecc.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta del 20 luglio 1924.

Presidenza: Prof. GIUSEPPE PIANESE, Presidente.

Sul potere agglutinante e battericida del siero dei conigli trattati con ovalbumina per il bacillo tifico e per lo stafilococco.

Dott. ASCIONE GUGLIELMO. — Dopo un rapido accenno alle principali esperienze sulla resistenza aspecifica conferita agli animali con la introduzione di etero-vaccini batterici e di sostanze proteiche di origine non batterica, e dopo di avere brevemente ricordato i risultati clinici ottenuti con gli stessi mezzi nelle varie malattie di infezione, l'O. riferisce su di alcune esperienze da lui condotte sui conigli immunizzati con ovalbumina, col bacillo tifico e con lo stafilococco, eseguite nell'Istituto di Igiene della R. Università. Dalle importanti conclusioni si rileva che mentre il siero specifico antitifico dimostra insieme un forte potere agglutinante ed un forte potere battericida sul bacillo tifico, tanto il siero antiovalbumina, quanto il siero antistafilococcico possiedono bensì un potere battericida per lo meno altrettanto forte per lo stesso stipite di bacillo tifico, ma non hanno su di esso che un debolissimo, praticamente trascurabile, potere agglutinante. Ciò conferma che le agglutinine e gli ambocettori batteriolitici sono anticorpi di natura diversa ed ammonisce che non è sempre giustificato assumere il potere agglutinante e battericida del siero specifico antistafilococcico in confronto dei sieri antiovalbumina e antitifico.

Si potrebbe dire che l'ovalbumina può sostituire come antigene i vaccini antitifico e antistafilococcico, soltanto per ciò che riguarda le batteriolisine, non per le agglutinine.

A. CHISTONI.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche.

Seduta del 2 maggio 1924.

Risultati negativi del trattamento col rame in alcuni casi di tabe e di paralisi progressiva.

MEDEA E. — L'O. ha usato recentemente il rame (che alcuni sifilopati adoperano con successo nei loro casi) anche in queste forme morbose.

Il risultato fu però pressochè negativo, sia dal punto di vista clinico, quanto dal punto di vista di una eventuale modificazione favorevole del liquor, anche nei casi nei quali l'esame chimico potè dimostrare la presenza di rame nel liquor.

La colesterinemia nel saturnismo acuto e cronico.

CERESOLI A. — L'O. ha ricercato col metodo Antonelli-Scrono il tasso colesterinico nel siero di sangue di 32 ammalati di saturnismo, di 4 cani avvelenati sperimentalmente per via orale con sali di piombo, e di 10 casi di nefrite cronica non imputabile al piombo.

Nel saturnismo acuto (colica saturnina) ha trovato ipocolesterinemia; nei cani dopo 5 giorni di avvelenamento, ipercolesterinemia transitoria di breve durata, dopo 15 giorni ipocolesterinemia notevole e dopo un mese ipocolesterinemia spiccatissima.

Nel saturnismo cronico (nefrite cronica da pregresso saturnismo) non accompagnato da segni di avvelenamento acuto, ha trovato ipercolesterinemia talora assai elevata. Nel saturnismo cronico con avvelenamento acuto sopraggiunto (colica saturnina), ipocolesterinemia variabile a seconda del grado dell'avvelenamento acuto. Nella nefrite cronica da cause non imputabili al Pb., ipercolesterinemia, minore però di quella osservata nelle nefriti croniche saturnine. L'O. ritiene che l'ipocolesterinemia determinata dal piombo abbia la stessa origine di quella che si osserva nelle infezioni gravi e che nel meccanismo delle variazioni della colesterinemia; la cellula epatica abbia una parte importante: ritiene invece che l'ipercolesterinemia che si osserva nella nefrite cronica da pregresso saturnismo sia indipendente dall'elemento piombo e che, come viene ammesso per le comuni nefriti croniche, essa non sia che l'espressione di una difesa dell'organismo.

Seduta del 16 maggio 1924.

Osservazioni cliniche sopra casi di paralisi generale progressiva curati con malaria terzana e tifo-vaccino.

BASSI A. — L'O. applica dal settembre dell'anno scorso nel Manicomio di Mombello la cura con la malaria terzana e, in qualche caso, anche col tifo-vaccino, nella paralisi generale progressiva.

Sino a tutt'oggi furono malarizzati trenta paralitici raggiungendo il 14° trasporto del parassita. I risultati ottenuti s'affacciano alquanto confortanti anche in alcuni casi di inoculazione di tifo-vaccino e le remissioni ottenute sono con residui più o meno manifesti, dato l'avanzamento della malattia; cita l'interessante caso di decorso atipico paranoidale allucinatorio assunto dal malato dopo la cura malarica. Accennando all'andamento curativo, al meccanismo biologico della nuova terapia, alla non controindicazione anche in casi avanzati, consiglia a prendere in considerazione il metodo Wagner-Jauregg colla malaria terzana applicando su larga scala e in sua sostituzione l'inoculazione di tifo-vaccino.

Intorno ad una emo-leucolisina estratta dal pancreas.

BELFANTI S. — Continuando le sue ricerche intorno al pancreas l'O., dagli estratti di tale organo, è riuscito ad ottenere con costanza una sostanza che presenta notevole interesse dal punto di vista chimico biologico. La sostanza in questione possiede spiccate proprietà litiche e precisamente: a) *proprietà emolitiche per diverse specie animali.* Bastano gr. 0,0005 di essa per disciogliere in pochi minuti 1 cmc di una soluzione di globuli al 5 %; b) *proprietà leucolitiche.* Lasciando un'emulsione di leucociti lavati a contatto con tale sostanza, i globuli bianchi dapprima si agglutinano e dopo qualche tempo non restano nella massa

agglutinata che dei corpicciuoli microscopici che si colorano con l'eosina.

Si tratta di una emo-leucolisina termostabile, enormemente più attiva della tripsina, ma diversa nella sua azione. Essa dal lato chimico costituisce una sostanza azotata e fosforata, non appartenente alle proteine, ma piuttosto ai lipoidi o meglio ai fosfatidi. Con probabilità la emo-leucolisina dell'O. è legata a sostanze grasse da cui la disciolgono i solventi alcool ed etere; così legata essa non ha le proprietà litiche che si osservano quando è allo stato libero. L'O. si domanda quale funzione possa avere la sua sostanza nei ricambi vitali o nei fatti di autolisi cellulare. Si conoscono già altre sostanze con proprietà litiche all'infuori degli enzimi propriamente detti; così ad es. l'acido colalico o la bile che discioglie i pneumococchi e la lisocitina del Delezenne che è un prodotto di scomposizione della lecitina. L'O. crede che la sostanza da lui scoperta vada probabilmente posta in tale gruppo.

Intorno all'azione mordenzante degli arsenobenzoli sul Treponema pallidum.

TRON G. — Trattando preparati di *spirocheta pallida* con soluzioni di arsenobenzoli e successivamente con la soluzione di nitrato d'argento ammoniacale, si osserva che il mordenzamento avviene solo in quei preparati trattati con soluzioni di arsenobenzoli aventi reazione acida. Gli arsenobenzoli a reazione neutra od alcalina permettono solo colorazioni deboli od incostanti o non permettono alcuna colorazione del *treponema*. Acidificando debolmente con acido acetico queste soluzioni esse acquistano la proprietà di mordenzare la *spirocheta pallida*. Alcalinizzando con idrato sodico le soluzioni degli arsenobenzoli a reazione acida, queste perdono la loro proprietà di mordenzare il treponema, se l'alcalinizzazione è spinta oltre ad un certo limite, ma la riacquistano se sono riportate a reazione acida. Tutti gli arsenobenzoli in soluzione dapprima alcalinizzata, poi acidificata, si comportano come energici mordenzanti verso il treponema e permettono intense colorazioni. L'azione mordenzante verso il treponema non è quindi in rapporto con l'attività terapeutica dell'arsenobenzolo, ma dipende dalla reazione della soluzione di esso adoperata. L'azione mordenzante non è specifica per il *treponema pallidum* nè per le spirochete in genere, ma si esercita altresì sugli schizomiceti ed è possibile di valersene per la dimostrazione delle ciglia dei batteri.

Sugli infarti anemici necrotici del fegato.

ORLANDI N. — Descrive 5 casi: trattasi, nei primi due, di soggetti affetti da endocardite acuta con infarti multipli renali, splenici ed epatici per embolie di ramuscoli dell'arteria epatica, in un terzo di setticopiemia stafilococcica con tromboendoarterite micotica di rami interlobulari dell'epatica, in un quarto di occlusione di piccole diramazioni interlobulari della vena porta per tromboflebite settica secondaria ad angiocolite e periangiocolite purulenta, in un quinto caso di pileirombosi da flebite delle radici portali.

L'O., dopo aver descritto i caratteri macroscopici e microscopici dei focolai anemici necrotici, dimostrati poi da proiezioni microfotografiche, fa notare come in tutte le osservazioni sono occlusi ramuscoli interlobulici dell'arteria epatica e della vena porta nello stesso distretto parenchimale, in 3 casi primitivamente degli uni, secondariamente degli altri, in 2 casi viceversa, e come coestistano sempre ipotensione, insufficienza miocardica e stasi.

L'O. cerca la ragione della estrema rarità degli infarti, della loro varia forma, della loro disposizione non sempre sottocapsulare ma anche centrale e del vario ed irregolare intrecciarsi di aree diversamente alterate nello stesso focolaio, nel ricco sviluppo della rete vasale dell'organo e quindi nella possibilità di complessi circolatori e spiega il carattere anemico necrotico degli infarti coll'interessamento prevalente dei rami arteriosi.

A. CERESOLI.

Società medico-chirurgica della Romagna.

Seduta del 4 maggio 1924.

La cura dell'insulina nella pratica di condotta.

PULLÈ F. e GHETTI G. — Notano le difficoltà dell'uso dell'insulina in condotta. Il Ghetti ricorda l'utilità dell'amigdolina glicolitica.

La patogenesi neurotrofica dell'ulcera gastrica.

TESTI A. (Faenza). — Riferendosi a suoi lavori precedenti con l'appoggio di moderni AA. sostiene l'origine neurotrofica dell'ulcera gastrica.

Il riflesso oculo-palpebrale e i tumori dell'esofago.

PIRAZZOLI A. (Ravenna). — Nel luglio 1921 con una nota preventiva, comunicava di avere all'esame radioscopico in seguito a compressione dei bulbi oculari e della contemporanea deglutizione di una grossa sorsata di latte di bario, provocato un riflesso a carico dell'esofago cioè la sua dilatazione e la scomparsa della strettura spastica notata in varie affezioni anche lontane dal tubo digerente.

Richiama questo studio a proposito di un caso osservato da pochi giorni alla presenza del primario dell'Ospedale di Lugo e del suo assistente, e ricorda come abbia voluto dare maggiore valore pratico al riflesso che ha chiamato oculo-esofageo, oltre a quello fisiologico relativo all'innervazione motoria del vago ancora discussa.

Porta un contributo clinico di 2 casi.

TEDESCHI C. (Gatteo). — *Accidente chirurgico in un caso di rene unico.*

Una varietà non comune di polidattilia.

ARTUSI G. (Cesena). — L'O. presenta e illustra un caso di esadattilia rudimentale con peduncolo (polidattilia transitoria di A. Pires de Lima).

Epidemia di morbillo con sindromi e complicanze atipiche.

MONDOLFO E. (Cesena). — L'O., riferendo intorno alla recente epidemia di morbillo svoltasi in Cesena e nelle circostanti borgate, segnala il fatto della grande frequenza con cui si verificarono anomalie nel decorso e nelle complicanze della malattia (tardiva comparsa dell'esantema, recidive dell'esantema, complicanze nervose, ecc.).

Ricorda numerose osservazioni di monoplegie ed emiplegie cerebrali, ed in particolare tratta di un caso di poliomielite acuta anteriore post-morbillo-

sa, nel quale si stabilì una completa quadriplegia con paralisi della vescica.

Conclude ponendo in rilievo, quale caratteristica dominante della trascorsa epidemia di morbillo, la spiccata elettività del virus per il sistema nervoso centrale.

Su alcuni casi trattati con il vaccino anti-tubercolare Ponndorf.

ROSSI P. (Lugo). — Il concetto donde è partito il Ponndorf per l'applicazione del suo vaccino è di utilizzare la pelle come apparato difensivo non solo nel senso meccanico, ma anche bio-chimico.

I casi trattati dall'O. con il vaccino Ponndorf e in corso di cura sono 7:

a) tre di tubercolosi polmonare;

b) uno di linfomi multipli del collo;

c) una polisierosite;

d) una pleurite essudativa tubercolare (durante la convalescenza);

e) una pleurite secca.

Per quanto non si possano trarre conclusioni, tuttavia è da segnalare il fatto che sino ad ora si sono ottenuti vantaggi molto appariscenti in un caso di tubercolosi polmonare (a carattere infiltrativo) e nel caso di linfomi del collo.

Alcuni casi di echinococco polmonare.

ROSSI A. (Lugo). — Riferisce su tre casi di echinococco del polmone da lui operati, di cui presenta particolare interesse uno, dove, per la moltiplicazione *esogena* delle cisti parassitarie, dovette intervenire ripetutamente per asportare numerose cisti che infiltravano il parenchima del lobo inferiore del polmone destro. Il paziente finì per guarire completamente e la guarigione controllata con periodico esame radioscopico, persiste da 4 anni.

Ancora sul trattamento chiuso delle lesioni osteo-articolari tubercolari aperte.

SOLDI A. (Lugo). — Presenta il caso di una giovane guarita da un processo osteo-articolare tubercolare aperto del collo del piede destro, curato con trattamento chiuso, che ha permesso:

1° l'immobilizzazione completa;

2° la vaccinazione cutanea all'intorno dei tramiti fistolosi, in quanto che i materiali secreti dai tramiti stessi venivano lasciati a contatto della pelle per un periodo fra una medicazione all'altra di 20-30 giorni;

3° la rinnovazione per le sole due volte dell'apparecchio gessato durante tutto il corso della cura (dieci mesi circa).

Peritoneo ed immunità locale.

SOLIERI S. (Forlì). — L'O., richiama i suoi studii sperimentali e clinici sulla modificazione ed esaltazione di resistenza del peritoneo alle infezioni, li considera sotto il punto di vista della *immunità locale*, che viene ora messa in evidenza dal BESREDKA e dalla sua scuola.

Intorno a riflessi pericolosi nei piccoli interventi sull'utero.

FRANCHINI A. (S. Arcangelo di Romagna). — L'O. riferisce di avere osservato, operando diverse centinaia di malate, non meno di quattro o cinque casi in cui dovette sospendere la piccola operazione per la insorgenza immediata di fenomeni imponenti di *shock*. Generalmente bastò sospendere sollecitamente ogni manualità operatoria e fare qualche iniezione eccitante per rianimare la malata; ma vi fu però un caso che richiese parecchie ore di assistenza prima di riprendere un andamento normale.

L'O. crede che i *riflessi genito-simpatico-bulbari* ai quali lo *shock* è dovuto sia diverso di grado e di qualità a seconda dello stato patologico dell'organo stimolato, e in relazione alla speciale costituzione neuropatica del soggetto trattato.

È buona pratica quella di eseguire in ogni caso un'iniezione di un centigrammo di morfina mezz'ora prima dell'intervento. Ma nei soggetti ipersensibili, o nelle isteriche, è buonissima cosa l'uso della narcosi generale morfio-eterea.

Chiusura completa del ventre dopo il trattamento di una peritonite purulenta diffusa da perforazione tifosa dell'ultima ansa del tenue.

LESI A. (Forlì). — Tratta della peritonite da perforazione specie in riguardo alla tecnica operatoria e riporta un caso operato nell'Ospedale di Forlì.

L'intervento ha consistito nella laparotomia mediana inferiore, enterorafia per una perforazione dell'ultima ansa del tenue, toilette del cavo peritoneale e sutura completa a strati della parete seguita da guarigione per prima intenzione.

Questa considerazione, secondo l'O., conferma i concetti del prof. Solieri relativi ai poteri di difesa della sierosa peritoneale riferibile alla immunità generale e locale.

CARDI G. (Rimini). — *Contributo alla sintomatologia dei tumori del corpo calloso.*

CELOTTI P. (Faenza). — *Cultirenzione regionale.*

Dott. PAOLO GALLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DIAGNOSTICA.

Errori nella diagnosi di tubercolosi polmonare.

Troppo spesso la diagnosi di tubercolosi polmonare viene fatta sopra un solo sintoma, sia su pochi rantoli umidi sul torace o su una lieve ottusità alla percussione, ovvero per una ombra alla radiografia.

Fra gli errori riscontrati al tavolo anatomico, Rusk e Randolpk (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 9 febbraio 1924) citano i seguenti: carcinoma primario del polmone oppure secondario a quello gastrico; pneumoconiosi; emboli polmonari da vene pelviche trombosate; sarcoma polmonare (secondario ad un sarcoma della gamba) sviluppatosi undici anni dopo l'amputazione; mesotelioma pleurico.

Un'altra causa frequente di errore è la sifilide, di cui Dieulafoy distingue le seguenti forme: 1) sifiloma polmonare con decorso acuto febbrile, simulante la tubercolosi acuta o la broncopneumonite tubercolare; 2) sifiloma polmonare a decorso lento, simulante la tubercolosi cronica e la tisi nello stadio cavitario; 3) sifiloma bronco-polmonare con fibrosi o lesioni sclerogommatose, simulante la polmonite cronica e la cirrosi polmonare, con o senza dilatazione bronchiale, pleurite ed adenopatia tracheobronchiale; 4) gangrena sifilitica polmonare; 5) pneumopatia sifilitica, complicata da tubercolosi polmonare; 6) sifilide polmonare ereditaria.

Vi sono pazienti che hanno contemporaneamente sifilide e tubercolosi polmonare, altri in cui un debole grado di ipertiroidismo venne scambiato per anni ed anni con la tubercolosi. Anche lo stesso reperto positivo dello sputo può essere fallace. M. W. Thewlis (*American medicine*, maggio 1924) osserva che il reperto di uno o due bacilli in uno striscio esige una ulteriore conferma. Vi è sempre la rara possibilità che i bacilli provengano da un vetrino non perfettamente pulito, oppure che abbiano raggiunto lo sputo con il polviscolo dell'aria, oppure che si tratti di un altro bacillo acido-resistente. *fil.*

CASISTICA.

Sulle affezioni delle glandole linfatiche.

La più frequente affezione delle glandole linfatiche (A. Krecke, *Münch. med. Woch.*, n. 5, 1924) è la tubercolosi. È necessario perciò ricercare attentamente l'esistenza di altri focolai tubercolari in tutto l'organismo. All'inizio le glandole tubercolari hanno una consistenza spesso notevolmente dura. Se si può escludere la tubercolosi si deve pensare alla possibilità di una sifilide e praticare le reazioni biologiche. Se si può escludere anche la lues si deve indagare se le tumefazioni glandolari sieno di natura carcinomatosa o sarcomatosa. È perciò necessario esaminare attentamente tutti quegli organi da cui partono vie linfatiche afferenti verso le glandole ingrossate. Così nelle tumefazioni glandolari al collo si devono esaminare attentamente la bocca, il naso, il faringe, l'esofago ed il laringe; nel caso di tumefazioni glandolari- inguinali, i genitali esterni, l'ano, gli arti inferiori. Il carcinoma glandolare primitivo è molto raro e si osserva soltanto al collo (di origine branchiogena); più frequente è il sarcoma glandolare primitivo che ha decorso rapido.

Esclusa la tubercolosi, la lues e i tumori maligni, tumefazioni glandolari possono far pensare alla leucemia, alla pseudoleucemia o al linfogranuloma; in tutti questi casi l'ingrossamento colpisce di solito tutte le glandole dell'organismo. Mentre i tumori glandolari leucemici si diagnosticano facilmente in seguito all'esame del sangue, più difficile è la diagnosi differenziale fra le ghiandole pseudoleucemiche e le ghiandole granulomatose. Nella pseudoleucemia il sangue è normale all'inizio, presenta però in seguito una linfocitosi relativa; nella linfogranulomatosi esiste invece una discreta leucocitosi con polinucleosi relativa. La milza è di solito notevolmente ingrossata nella pseudoleucemia; esistono spesso lunghi periodi febbrili. Anche nel corso della linfogranulomatosi può esistere febbre che assume il tipo di un tifo recidivante oppure della febbre ricorrente. Facile è la diagnosi delle adeniti infiammatorie. La cura è chirurgica nel caso di tumefazioni ghiandolari neoplastiche; l'irradiazione non ha dato i risultati che si speravano. Nelle affezioni leucemiche, pseudoleucemiche e granulomatose la prognosi è molto cattiva. In un certo numero di casi la cura generale riesce a rallentare il decorso della malattia. Qualche volta riesce utile la Roentgenterapia. Nelle adeniti sifilitiche si ottengono molto buoni risultati dalla cura specifica. Nella cura delle affezioni tubercolari delle ghiandole, la terapia medica ha preso decisamente il sopravvento sulla terapia chirurgica. L'autore sconsiglia la terapia chirurgica anche in casi ostinati in cui solo dopo da uno a due anni si ottengono dei risultati dalla cura generale. La cura medica è consigliata anche nelle adeniti acute,

in cui spesso si può osservare la regressione del processo infiammatorio. In caso di necessità si deve praticare l'incisione astenendosi se è possibile dall'estirpazione delle glandole.

POLLITZER.

Le adeniti tubercolari del collo.

La maggior parte delle adeniti del collo sono di natura tubercolare; quelle che succedono ad adenoiditi, amigdaliti, ulcerazioni boccali scompaiono con la scomparsa della causa. Le adeniti tubercolari si presentano: 1) sotto forma di mono-adeniti, della grossezza di una noce, di un uovo. Più o meno regolari, esse risiedono nella regione carotidea, sottomascellare e rimangono a lungo senza rammollirsi; 2) sotto forma di poliadeniti, masse gangliari multiple da uno o da entrambi i lati del collo, discrete od accentuate con tendenza all'apertura, che lascia ulcerazioni multiple. Queste adeniti possono estendersi e raggiungere la regione ascellare, l'inguinale, rassomigliando al linfoadenoma, con cui talvolta la diagnosi presenta delle difficoltà.

Il trattamento prenderà dapprima in considerazione le eventuali lesioni iniziali, come le amigdale, i denti, ecc. Si porrà il malato nelle migliori condizioni per quanto riguarda l'aereazione, il soggiorno al mare, l'elioterapia naturale od artificiale. La cura medica consiste nelle iniezioni jodate, o nella somministrazione di tintura di jodio ad alte dosi (fino a 200-5000 gocce nel latte). Vi si alternerà l'arsenico. Si prescriveranno i prodotti a base di calcio e l'olio di fegato di merluzzo. Buoni risultati secondo A. Mouchet (*Journal de méd. de Paris*, 1° marzo 1924) ha dato la sieroterapia in forma di collo-vaccini. Spesso utile è la radioterapia.

Se col trattamento puramente medico l'adenite non risolve, si procederà come segue: 1) Nell'adenite indurata mono- o plurighiandolare, si inietteranno per rammollirla alcune gocce di etere allo jodoformio o di naftol (g. 2), in glicerina (g. 12). 2) Nell'adenite rammollita non aperta, vero ascesso freddo gangliare, si farà la puntura a distanza servendosi di un ago non troppo fino nè troppo grosso. Bisogna ripetere le punture senza stancarsi e si possono far seguire da iniezioni medicamentose, quando il liquido è di colore nero-cioccolato, evitando di introdurre troppo liquido per non distendere la cute; si può usare l'olio jodoformato. 3) Se vi sono ulcerazioni, si applicherà l'impiastro di Vigo o preparazioni analoghe.

fil.

Le gangrene putride.

Weinberg e Giusbourg (*Soc. de Biologie*, 15 febbraio 1924) studiano sperimentalmente le infezioni putride da bacillus bifermentans che spesso si trova nella flora delle gangrene putride associato agli agenti patogeni di questa forma morbosa. L'associazione b. bifermentans + b. histoliticus riproduce nelle cavie dopo 10-18 ore una lesione putrida tipica: la pelle verdastra, umida, con odore infetto si distacca presto lasciando apprezzare i muscoli in via di liquefazione ricoperti da placche grigie.

L'associazione del bifermentans col perfringens produce in 12-16 ore un flemmone gassoso putrido che uccide le cavie in 18-24 ore. La pelle si presenta verdastra, umida, d'odore infetto, ed incisa lascia fuoruscire del gas; i muscoli in parte digeriti hanno colorito rosso grigiastro e sono bagnati da un liquido sieroso, putrido, grigio verdastro; le vene sono trombosate, le capsule surrenali congestionate. Iniettando sottocute il solo perfringens e dopo 4 ore il bifermentans la lesione evolve con le stesse caratteristiche putride; così pure dopo cauterizzazione del punto d'iniezione del perfringens e strofinazione della cute con tampone imbibito con cultura di bifermentans (infezione transcutanea).

L'associazione vibrione settico + bifermentans, dà una lesione putrida che si localizza nella pelle e solo dopo iniezione di forti dosi dei due germi. Le stesse lesioni superficiali si ottengono dall'associazione b. oedematiens con b. bifermentans.

Riguardo all'effetto antigangrenoso preventivo e curativo dei sieri si ha che ogni siero monovalente neutralizza facilmente il miscuglio dell'anaerobio e del bifermentans. Specialmente netta è l'azione preventiva; quella curativa si ottiene solo quando l'iniezione viene fatta al massimo dopo 4-6 ore dalla infezione. I migliori risultati si hanno iniettando il siero per via endovenosa ed asportando l'arto ammalato. L'infezione più difficile a trattare è quella data dal miscuglio histoliticus-bifermentans; il siero arresta l'intossicazione ma non evita l'auto-amputazione dell'arto infettato.

BRANCATI.

TERAPIA.

Il trattamento palliativo del mal di denti.

Il dolor di denti riconosce due cause, l'infiammazione della polpa (detta erroneamente nervo) o pulpite e l'infiammazione del periostio dentario o periodontite. La *pulpite* è dovuta a carie dentale; il dolore è assai acuto, tende a parossismi che possono cessare subi-

tamente, ed è di solito più forte ai pasti. Talvolta il freddo mitiga il dolore, ma a stadî più avanzati il caldo ed il freddo agiscono aumentando il dolore; analogamente agiscono gli stimoli chimici (acido o dolce). Se la polpa è esposta, la pressione in quel punto provoca un dolore atroce. Negli stadî avanzati, il dolore può non essere localizzato al dente affetto, ma esteso agli altri; vi può essere iperestesia della pelle.

Nella *periodontite* il dolore si ha specialmente quando l'infezione segue la gangrena della polpa; il primo sintomo consiste in una sensibilità persistente quando i denti combaciano; una pressione graduale può in tal caso diminuire il dolore, che, invece, aumenta con una pressione forte. Col proseguire dell'infiammazione, il dente si alza sempre più e diventa tentennante; il dolore assume un carattere sordo, penetrante, le gengive diventano rosse e sensibili. Quando si ha suppurazione, il dolore diventa pulsante e peggiora la notte. I cambiamenti termici non hanno effetto.

La diagnosi differenziale di solito non è difficile. Il dolore durante i pasti od in conseguenza di bevande calde o fredde o di cibi dolci, che si esacerba in parossismi e si estende ad altre aree, indica la pulpite. Il dolore costante, sordo, immutato per il caldo o per il freddo, ma peggiorato con la pressione indica la periodontite.

Nel caso di pulpite, si devono allontanare i detriti dalla cavità per mezzo di un escavatore, la si asciuga e vi si introduce un poco di cotone imbevuto con fenolo puro o con olio di garofani; una buona preparazione è la seguente: fenolo puro parti 4, resina 4, cloroformio 3; la miscela forma un liquido viscido. Si deve poi proteggere con una medicatura impermeabile, che può essere costituita da cotone imbevuto di gomma mastice o di sandracca, la quale può durare parecchi giorni. Si spennellano poi le gengive con tintura di jodio. Meno efficaci risultano i rimedî interni, di cui A. T. Pitts (*Lancet*, 1924, pag. 41) consiglia la tintura di gelsemio (½ cmc.) con bromuro di potassio (cg. 65).

Nella periodontite è inutile il trattamento della polpa. Si ricorrerà alla controirritazione della gengiva, mediante tintura di jodio a cui si può aggiungere un po' di tintura di aconito. Si deve dapprima asciugare la gengiva e spremere l'eccesso della tintura di jodio dal batuffolo di cotone; si userà la tintura forte, ma non la si applicherà che una sola volta. È utile la lavatura della bocca con acqua calda, meglio ancora se vi si aggiunge un po' di fenolo. Nei primi stadi si può dare un purgante salino. Nella periodontite grave il migliore trattamento è l'estrazione, che però non deve essere preceduta da iniezione di anestetici, i quali possono causare dolore successivo ed anche necrosi.

Contro il dolore che può seguire l'estrazione e che può essere dovuto a lacerazione della gengiva od a frammentazione dell'osso, l'A. consiglia le lavature con soluzione all'1 % di fenolo in acqua calda, alla massima temperatura che il paziente può sopportare. Se il dente è stato fratturato, il dolore può essere dovuto alla polpa che fuoriesce dal dente rotto; in tal caso, si asciugherà la cavità e la si strofinerà con fenolo puro o con ortoformio.

fil.

L'etere è un antisettico utilizzabile nella cura della peritonite?

Ricerche anteriori hanno dimostrato che l'etere ha scarso potere antisettico. H. Küstner (*Deut. med. Woch.*, n. 51, 1923) ha potuto constatare che mescolando dell'etere con brodo contenente germi e prodotti della putrefazione, l'etere ne estrae delle sostanze, probabilmente degli acidi organici: il residuo che rimane dopo l'evaporazione dell'etere, inibisce in modo spiccato lo sviluppo di streptococchi in cultura. A ciò l'autore attribuisce in parte il vantaggio ottenuto dal lavaggio del peritoneo con etere. L'etere versato nell'addome in casi di peritonite purulenta, oltre ad uccidere direttamente una certa quantità di germi, scioglie i grassi e gli acidi grassi contenuti nel pus. Evaporato l'etere, queste sostanze estratte da esso ricoprono gli intestini e i mesenteri, inibendo così, come nelle prove in vitro, lo sviluppo dei germi. Considerando questo modo di agire dell'etere è consigliabile usare grandi quantità di esso e non asciugarlo con tamponi, ma attenderne l'evaporazione naturale.

POL.

Una canfora isomera iniettabile in soluzione acquosa.

Gottlieb, Schuleman, Krehl e Franz (*Deut. med. Woch.*, n. 51, 1923) riferiscono che l'exetone è una sostanza isomera alla canfora, che presenta su essa il vantaggio di essere solubile in proporzione del 10 % in una soluzione di salicilato di sodio. Con aggiunta di soluzione fisiologica o liquido di Ringer si diluisce la soluzione fino alla concentrazione di 1 % di exetone; di questa soluzione si può iniettare 1 cmc. nelle vene, mentre della soluzione al 10 % si possono iniettare nei muscoli da 1 1/2 a 2 cmc. L'exetone esplica le stesse azioni della canfora, è però da 2 a 4 volte più attivo di essa. Appli-

cazioni del rimedio per via endovenosa del malato, dimostrarono che l'azione è immediata e che il rimedio ha le stesse indicazioni della canfora.

POLLITZER.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Il problema del reumatismo.

Recentemente Poynton e Paine hanno trovato un nuovo germe, il *Diplococcus rheumaticus*, che essi credono l'agente etiologico; però non è detta l'ultima parola. Del resto molti altri problemi sono ancora non chiari, ad es., l'importanza delle tonsille come porta d'ingresso. Per analogia con altre infezioni sembra doversi dare ad esse molta importanza, tuttavia non sono rari i reumatismi indipendenti da qualunque tonsillite. Mentre alcuni credono la tonsillectomia efficace a prevenire le recidive, altri la credono inutile o dannosa. Secondo Raven il lungo riposo, e un lungo periodo di vita igienica, in appositi sanatori, impedirebbero le recidive nei fanciulli.

Le complicazioni cardiache rendono certamente più probabili le recidive.

DORIA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Anestesia locale. — Al dott. D. A. F., da T.:

L'anestesia locale si pratica generalmente usando una soluzione di novocaina al ½%, cui si aggiunge adrenalina all'1 ‰ in proporzione di: 18 goccie su 100 cc. di soluzione novocainica.

Si possono iniettare anche 100 (cento) cc. della soluzione novocainica al ½. Precauzione fondamentale è di non iniettare direttamente in vasi sanguigni: per cui, quando ci possa essere questo pericolo, prima di spingere il liquido nell'ago si aspiri: se verrà sangue si ritirerà la punta dell'ago e la si dirigerà altrove.

Altra regola fondamentale è che l'anestesia locale si riserva per adulti, e anche per quelli — fra questi — che non siano facilmente impressionabili. Nei fanciulli è difficile eliminare il fattore psichico anche indipendentemente dal fattore sensitivo.

Per la preparazione: sono gli stabilimenti farmaceutici che di solito preparano la soluzione di novocaina: o in barattoli sigillati o in grosse fiale chiuse alla lampada. L'adrenalina è in commercio, in bottigliette di soluzione al millesimo, ed è bene aggiungerla volta per volta.

L. D.

Al dott. F. C., abbon. n. 3939:

La tecnica dell'innesto alla Voronoff la può leggere in DARTIGUES: *Tecnica chirurgica degli innesti testicolari dalla scimmia all'uomo, secondo il metodo di Voronoff*. Parigi, Libreria Ottavio Doin. Gastone Doin, editore, 1923.

L. D.

Insuccessi nel salasso. — Al dott. M. S. da P., abb. n. 10439:

La mancata fuoriuscita di sangue può dipendere da parecchie cause, dalle quali va certo escluso lo spasmo vasale che non si verifica nelle vene. Se la ferita, fatta con la lancetta o col bistori, è piccola, può perdersi il parallelismo fra la puntura della vena e la ferita cutanea, ciò che accade specialmente nelle donne ed in genere negli individui con pannicolo adiposo sviluppato. È poi sempre buona pratica di far muovere le dita al malato; nei tempi in cui il salasso era molto diffuso, anche i profani conoscevano tale pratica e fra l'armamentario per il salasso, vi era un oggetto a forma di piccolo cilindro che il paziente teneva in mano per meglio assicurare il movimento delle dita.

Nella puntura della vena con un ago, può accadere che, con i movimenti del paziente l'ago si sposti e perfori l'altra parete venosa, fuoruscendo così dal lume. Se poi la pressione sanguigna è bassa, è difficile ottenere del sangue. Grande attenzione va fatta anche alla fasciatura del braccio, che deve essere abbastanza stretta per impedire la corrente reflua, ma non troppo in modo da ostacolare l'afflusso del sangue nell'arteria.

FILIPPINI.

Reazione di Hecht-Weinberg. — Al dott. L. R. da Sav. d. P., abb. n. 4694:

È fondata sull'uso di siero non riscaldato.

Si determina dapprima l'indice emolitico del siero in esame, aggiungendo cmc. 0.1 del detto siero ad ognuno di 10 tubi, contenenti da cmc. 0.1 a cmc. 1 di sospensione di emazie (completando sempre il volume con soluzione fisiologica in modo da avere in tutti 1 cmc). L'indice è dato dal maggior numero di decimi di cmc. completamente emolizzati in 30 minuti. Contemporaneamente si mette in 4 tubi cmc. 0-0.1-0.15-0.2 di antigene completando a cmc. 0.3 con soluzione fisiologica; si aggiunge poi ad ognuno (salvo a quello non contenente antigene che serve da controllo) cmc. 0,1 del siero in esame. Dopo determinazione dell'indice, si aggiungono ai 4 tubi le emazie, in quantità di cmc. 0,1 se l'indice sta fra 1 e 4; di 0.15 se sta fra 5 e 7 e così via. La reazione è dubbia se l'indice è al disotto di 3. Se il siero in esame manca di ambocettore e di comple-

mento, si aggiungono come di consueto il siero antimontone ed il siero di cavia nuovo.

La reazione fatta in tal modo avrebbe una sensibilità maggiore che quella originale di Wassermann, specialmente in casi di sifilide oculare e viscerale, nella sifilide terziaria monosintomatica. Il trattamento intensivo può far sparire rapidamente la reazione di Wassermann, ma non così quella di Hecht. La reazione di Wassermann si trova nel 60% dei casi di sifilide clinicamente stabiliti, quella di Hecht nel 75%. Le sostanze attive del siero mancano nel 2% dei casi. Per maggiori particolari, cfr. *Journal of american medical association*, 17 febbraio 1917; *C.-R. de la Société de Biologie*, 1917-1919.

Riguardo alla composizione del liquido di Calò (o Calot?), favorisca fornire altri particolari, poichè non conosco alcun liquido che sia *noto* sotto tal nome. Per il sulfarsenol, se non lo trova presso le principali ditte di prodotti farmaceutici, si rivolga all'autore del lavoro, il quale non mancherà certo di fornirle indicazioni. *fil.*

Medici di bordo. — All'abb. n. 5669-3:

Per conseguire la autorizzazione a viaggiare come medico di bordo occorre avere sostenuto con esito favorevole gli speciali esami di idoneità indetti dal Ministero dell'Interno. Questi consistono:

a) in una prova scritta di etiologia, patologia, epidemiologia e profilassi delle malattie infettive e macroparassitarie, con speciale riguardo alle esotiche e a quelle dei paesi caldi;

b) in prove pratiche di accertamento diagnostico delle malattie infettive e macroparassitarie, di bromatologia e di semeiotica, e diagnostica clinica;

c) in una prova orale di igiene navale, di legislazione sanitaria e di lingue straniere.

Per l'ammissione agli esami non bisogna avere superato il 35° anno di età, ed essere laureati da non meno di due anni compiuti.

Al dott. F. O., da T.:

Nell'anno corrente non vi saranno esami per conseguire l'autorizzazione a viaggiare come medico di bordo: forse nell'anno venturo. Presso qualche Università si son tenuti corsi speciali di preparazione. M. C.

All'abb. n. 4423-1:

La *letteratura sull'ozena* è enorme: si può dire che non vi è stato rinologo colto, che non se ne sia occupato. Ogni annata dei migliori archivi della specialità reca lavori sull'argomento. La bibliografia sino al 1914 è in calce alla monografia del Caldera sull'ozena (Torino, Rosenberg e Sellier, 1914). La posteriore sarà fatta in fine alla relazione sulla *contagiosità dell'ozena* di Perez e Bilancioni, al Congresso della Società Italiana di Laringologia (Napoli, ottobre 1924).

Di regola non diamo indicazioni bibliografiche su temi speciali. *g. b.*

VARIA

L'imbalsamazione dei cadaveri.

I. Cantlie (*Journal of tropical medicine and Hygiene*, 15 aprile 1924) descrive il procedimento che usa a tale scopo per i cadaveri che dalle regioni tropicali vengono trasportati in Inghilterra. Egli si serve della cera comune che inietta nell'arteria femorale destra, dopo averla messa a nudo e tagliata. L'iniezione si fa verso l'alto, per mezzo di una grossa siringa (tipo da giardiniere), usando la cera bene fusa e riscaldata. Questa penetra in tal modo in tutte le arterie del corpo, testa ed arti, eccetto che in quelle dell'arto inferiore destro; per quest'ultimo, si fa l'iniezione nella stessa arteria femorale, procedendo verso la periferia. Nelle vene si inietta una soluzione disinfettante, nelle vene cubitali, ed eventualmente nelle giugulari. Il liquido si spande così nei tessuti e contribuisce alla loro conservazione.

Tutta la superficie del corpo si lava con acqua e sapone molle; si strofina con alcool denaturato o con soluzione di formalina e si asciuga. Gli occhi, orecchi, il naso, la bocca vengono ripuliti e lavati con formalina. Sulle palpebre si applica del cotone, che si introduce anche nelle narici allo scopo di impedire che si affloscino; analogamente si pratica per le guance e per le labbra. La vulva ed il retto dopo opportuna siringatura, si puliscono, applicandovi poi del cotone. Si tagliano e si ripuliscono le unghie, mettendo anche del cotone fra le dita dei piedi.

Per quanto riguarda le cavità addominali e toracica, l'A. consiglia di svuotarle; asciugato poi l'interno, si lavano le pareti con salamoia, quindi con una soluzione disinfettante, come sublimato corrosivo, acido fenico al 5%, cloruro di zinco. Dopo avere accuratamente asciugato, si riempiono le cavità con segatura, mescolata a carbone e calce; aggiungendovi della stoppa imbevuta con preparati di catrame e ricucendo da ultimo, come nelle ordinarie autopsie.

Il cadavere si mette in una cassa di legno leggero, imballandolo con carta o stoppa in modo che siano evitati scuotimenti; la cassa di legno si introduce poi in un'altra metallica, saldata a fuoco e questa in un'altra di legno decorata secondo le usanze. *fil.*

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

QUESTIONI PRATICHE.

LV. — La sostituzione della G. P. A. al Comune per i capitolati e la indennità caroviveri.

Crediamo utile pubblicare la motivazione giuridica sostanziale della sentenza 22 maggio-11 luglio 1924 del Tribunale di Roma nella causa dottor Felli contro Comune di Arcinazzo. In essa è lucidamente esposta la efficacia della sostituzione della Giunta Provinciale Amministrativa e dell'obbligo delle due indennità caroviveri a proposito del capitolato tipo per la provincia di Roma, che involge anche questioni di massima. Riportiamo dalla sentenza:

« Conviene anzitutto ricordare che nel sistema del nostro diritto pubblico agli enti antarchici sono affidate funzioni facoltative e funzioni obbligatorie; e fra queste, alcune che devono compiersi dall'ente nel modo tassativamente stabilito dalla legge (ad esempio speciali contributi finanziari, o prestazioni di locali per ufficio pubblico); oltre che hanno bensì carattere di obbligatorietà nel senso che l'ente non può tralasciare di assumerle, rimanendo però a questo riservata dalla legge una sfera discrezionale riflettente la organizzazione del pubblico servizio secondo le particolari necessità e possibilità economiche dell'ente stesso, compresa, naturalmente, anche la scelta del relativo personale.

A quest'ultima categoria di funzioni appartiene il servizio di vigilanza sanitaria e di cura dei poveri imposto ai Comuni. Che sia un servizio pubblico obbligatorio risulta indiscutibilmente dalle disposizioni imperative della legge (art. 62 legge 21 dicembre 1888, numero 5819, art. 3 legge 25 febbraio 1904, n. 77, art. 36 legge 1° agosto 1907, n. 636); che poi al Comune sono riservate facoltà discrezionali in ordine all'organizzazione del servizio, si deduce palesemente dalle disposizioni dell'articolo 22 e seguenti del regolamento sanitario approvato con Decreto 19 luglio 1906, n. 466, tuttora in vigore, ove pur imponendosi all'ente di stipendiare da solo e consorzialmente uno o più medici condotti od una o più levatrici, pur stabilendosi che la nomina del medico condotto è fatta in base a capitolati deliberati volta per volta dal Consiglio Comunale o dall'assemblea consorziale, e, pur enumerandosi, quali disposizioni i predetti capitolati debbano contenere, viene lasciato, per altro, nella facoltà discrezionale del Comune determinare e il numero dei medici condotti e delle levatrici e lo stipendio a questi spettante.

Onde, trattandosi di un servizio pubblico obbligatorio, è certo altresì che uno degli organi di controllo, e cioè in questo caso la Giunta Provinciale Amministrativa, sia per la norma generale contenuta nell'art. 220 della legge comunale e provinciale (testo unico approvato con D. 5 febbraio 1915, n. 148) non abrogata dalle nuove disposizioni del D. 30 dicembre 1923, n. 2839, sia per quella speciale di cui all'art. 23 del regolamento sanitario sopra citato, deve sostituirsi alla volontà deficiente, o, del tutto mancante, del Comune nel provvedere al servizio pubblico predetto. E, naturalmente, tale sostituzione dev'essere completa e non può quindi essere limitata a quella parte di servizio che è già tassativamente disciplinata dalle norme legislative e regolamentatrici, ma deve comprendere tutta l'organizzazione del servizio stesso anche in quella parte nella quale, come si è detto, può spaziare il potere discrezionale dell'ente. Da siffatte premesse ed ai fini della presente causa, discende come conseguenza necessaria che la Giunta Provinciale Amministrativa allorchè si è sostituita al Comune di Arcinazzo Romano ed ha imposto il capitolato-tipo regolante la posizione giuridico-economica del medico condotto, ha agito nel perfetto ambito delle disposizioni di legge e che, pure legittimamente, ha provveduto a fissare la misura degli emolumenti spettanti al sanitario condotto, anche nella parte relativa all'indennità caro-viveri. Onde il Tribunale, ciò constatato, non può non applicare il predetto capitolato così come è stato compilato; poichè, in caso diverso, se seguisse l'assunto della difesa del Comune, verrebbe a portare la sua indagine su quella parte del capitolato stesso, nella quale la Giunta ha esplicato le sue facoltà di carattere puramente discrezionale, facoltà delle quali pure il Comune poteva avvalersi ove avesse direttamente provveduto alla organizzazione del servizio.

Ben avrebbe potuto il Comune ricorrere a norma di legge e del regolamento, di competenti organi amministrativi contro il provvedimento della Giunta per ottenere eventualmente la revoca o la modificazione; ma non avendo a ciò provveduto, il capitolato di che trattasi, fa stato in tutte le sue parti e deve avere la completa applicazione.

Per quanto riflette poi l'interpretazione dell'ultima parte dell'art. 32 del capitolato in questione, il rilievo della difesa attrice sopra accennato, in ordine alla divisione usata nella detta disposizione ed in ordine alla data in cui il capitolato fu applicato, convincono che

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

si siano volute attribuire al sanitario condotto, in pianta stabile, le indennità caro-viveri già concedute agl'impiegati dello Stato, e cioè non soltanto quella di cui al R. D. 14 settembre 1918, n. 1311, ma anche l'altra conceduta col R. D. 9 marzo 1919, n. 338.

Nè consta a tale interpretazione, come sostiene la difesa del Comune, il disposto del precedente articolo 31, secondo il quale il trattamento economico a favore dei sanitari in esercizio al tempo dell'applicazione del capitolato doveva avere effetto retroattivo al 1° aprile 1920 e che perciò a questa data è necessario riferirsi anche per l'attribuzione dell'indennità caro-viveri, poichè è intuitivo che la retroattività attribuita alla disposizione doveva servire a far godere al sanitario dal 1° aprile 1920 i miglioramenti economici contenuti nel capitolato stesso; ma ciò non esclude, naturalmente, di fronte alla chiara dizione usata nell'articolo 32, e tenuto conto del tempo in cui il capitolato fu approvato (settembre 1920), che si sia inteso attribuire al medico condotto, in pianta stabile, anche le altre indennità caro-viveri che successivamente al 1° aprile 1920 fossero state concedute agl'impiegati dello Stato.

LVI. — Condizioni per la sostituzione della Giunta al Consiglio comunale.

È illegittima una deliberazione della Giunta Municipale, la quale, in vece del Consiglio, licenzi un impiegato, quando la deliberazione non indichi la ragione della urgenza, l'intenzione della Giunta di sostituirsi al Consiglio e la dichiarazione che il provvedimento è subordinato alla ratifica del Consiglio Comunale.

È antica massima di giurisprudenza delle Sezioni giurisdizionali del Consiglio di Stato che rientra nella loro competenza, come in quella della Giunta Provinciale Amministrativa in sede contenziosa, di verificare e accertare se *l'urgenza addotta in una deliberazione di Giunta sussista realmente*, spettando alle une e all'altra di vigilare che, con arbitrarie sostituzioni di attribuzioni e di giudizi, non si violino quelle norme di competenza che le leggi e i regolamenti stabiliscono a garanzia dei cittadini e specialmente dei dipendenti dei Comuni e di altri enti morali soggetti alla tutela della G. P. A.

(Consiglio di Stato, Sez. V, decisione 16 maggio 1924, n. 243).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

ORGANIZZAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE.

Comitato d'igiene della Società delle Nazioni.

Nella seduta del 17 giugno il Consiglio del Comitato approvò la designazione di Singapore per la installazione di un Ufficio di notizie epidemiche dell'Organizzazione d'Igiene della Società delle Nazioni. In tale occasione indirizzò vivi ringraziamenti alla Fondazione Rockefeller per la generosa elargizione messa a disposizione della Organizzazione di Igiene della Società delle Nazioni per la creazione di un Ufficio di notizie epidemiche.

Avendo la Fondazione Rockefeller aumentato il suo sussidio annuo all'Organizzazione d'Igiene della Società delle Nazioni da 60 mila a 100 mila dollari, il Consiglio ha deciso di accettare questa donazione allo scopo di continuare e di intensificare gli scambi di personale sanitario. Ha indirizzato, inoltre, all'Assemblea, la raccomandazione di portare a franchi 250 mila la somma stanziata per questi scambi nel bilancio della Organizzazione d'Igiene per l'anno 1925.

Il Consiglio aveva recentemente attirato l'attenzione dei Governi sulla necessità di convocare una Conferenza Internazionale d'igiene per la revisione della Convenzione Internazionale del 1912. Il Comitato Permanente dell'Ufficio Internazionale di Igiene Pubblica ha elaborato a tal fine un nuovo testo, valendosi dei materiali e dei suggerimenti fornitigli dalla Commissione d'inchiesta, che il Comitato d'igiene della Società delle Nazioni aveva inviato nel 1922 in Oriente. Il Consiglio nella seduta del 17 giugno ha deciso di suggerire ai Governi di affidare ai membri del Comitato Permanente dell'Ufficio Internazionale d'Igiene Pubblica il còmpito che avrebbero dei plenipotenziari convocati per una Conferenza speciale, e di offrire i servizi dell'Organizzazione d'Igiene della Società delle Nazioni per i lavori del Segretariato della Conferenza.

La Commissione per lo studio dell'incidenza della malaria nell'Europa orientale ha cominciato il suo viaggio d'inchiesta il 29 maggio scorso in Jugoslavia e lo ha poi proseguito attraverso la Grecia, la Bulgaria, la Rumania, la Russia e la Ucraina. La Commissione ha lasciato la Russia il 4 agosto per recarsi in Italia dove essa visiterà le regioni colpite dalla malaria e redigerà il suo rapporto.

La Commissione si compone di cinque membri e di sette esperti e membri corrispondenti; e precisamente:

Membri ordinari: Dott. Lutrario, *presidente* (Italia); Prof. Nocht, *vice-presidente* (Germania); Dott. Raynaud (Francia); Prof. Ottolenghi (Italia); Prof. Pittaluga (Spagna). *Corrispondenti:* Dott. Markoff (Bulgaria); Dott. Marchoux (Francia); Colonnello James (Inghilterra); Dott. Swellengrebel (Olanda); Prof. Ciuca (Rumania); Professore Marcinowski (Russia); Dott. Sfarcio (Regno S. H. S.).

Cronaca del movimento professionale.

Negli Ordini dei Medici.

MILANO. — Prof. Baslini Carlo, *presidente;* Prof. Cuzzi Alfonso, *vice-presidente;* Prof. Rovida Camillo, *segretario*; Dott. Villa Luigi fu Edoardo, *economo cassiere;* Dottori Livini Ferdinando, Maffina Elvezio, Mariani Alessandro, *consiglieri.*

SPEZIA. — Prof. Cassanello Rinaldo, *presidente;* Dott. Carletti Amedeo, *tesoriere;* Dott. Leone Luigi, *segretario;* Dottori Cerchi Ottavio, Ricci Valerio, Tarantola Attilio, Torre Giuseppe, *consiglieri.*

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BERBENNO (*Sondrio*). — A tutto il 15 ag. Vedi fascicolo 30.

CAMPO NELL'ELBA (*Livorno*). — Per S. Pietro; ab. 1200; L. 6000 residenza, doppio c.-v., L. 50 (*sic*, anuue) quale coadiutore dell'uff. san.; tariffa pei non pov. (L. 3 ambulat., L. 5 a domicilio, L. 10 d'urgenza o ad ora fissa). Diritto a cavalc. oltre 1 km. Scad. ore 18 del 22 ag. Serv. entro 10 giorni (*sic*). Vaglia postale di L. 50.20 all'esattore-tesoriere comunale.

CASTIGLIONE DELLE STIVIERE (*Mantova*). *Ospedale Civile.* — Direttore chirurgo. Vedi fasc. 31. Scadenza 31 agosto.

CIVITAVECCHIA (*Roma*). — Scad. 15 ag. Chirurgo condotto residenziale, L. 7,900 e 4 quadr. decimo, oltre doppio c.-v. Chiedere annunzio.

GRIGNANO POLESINE (*Rovigo*). — Scad. 15 agosto. L. 7500 pei pov.; due c.-v.; L. 1000 bicicl.; L. 400 uff. san.

IMOLA (*Bologna*). — Scad. 15 ag. Medico addetto al dispensario celtico. L. 4000. Tassa conc. L. 50.

MARCIANA MARINA (*Livorno*). — A tutto il 15 ag.; L. 6000 residenza; c.-v.; per uff. san. L. 100 (*sic*); età lim. 45. Vaglia di L. 50.15 tassa ammiss. Serv. entro 15 g.

NOVI LIGURE (*Alessandria*). *Ospedale S. Giacomo* — Medico primario. Vedi fasc. 31. Scad. 30 sett.

PALESTRINA (*Roma*). — A 40 giorni dall'11 lug. Vedi fasc. 30.

PITIGLIANO (*Grosseto*). — Al 28 ag. 2ª cond.; L. 9000 resid.; c.-v. di L. 65 se celibe, di L. 100 se ammogliato; addizion. L. 3 oltre 1000 pov. Ab. 5606 senza fraz. Età lim. 40. Tassa di L. 50 al tesoriere comunale.

PORDENONE (*Udine*). *Ospedale civile.* — Radiologo. A tutto 31 ag. Titoli ed esami. L. 3000 (*sic*) annue, assegni c.-v., compartecipaz. tariffe. Età mass. 40. Laurea da almeno 3 anni. Vaglia post. di L. 50.15. Chiedere annunzio.

REITANO (*Messina*). — Scad. 31 ag. Vedi fasc. 30.

S. MICHELE AL TAGLIAMENTO (*Venezia*). — 2ª cond. ab. 4000 circa; L. 7800 e doppio c.-v.; indenn. malaria L. 1500; per cavallo L. 3400. Scad. 31 ag.

RUVIANO (*Caserta*). — Scad. 15 ag. Età limite 40. Stip. L. 6000; indenn. cav. L. 1800; per uff. san. L. 200

SONCINO (*Cremona*). — 3° reparto (Gallegnano-Isengo). Scad. 31 ag., ore 13. Poveri 800 circa. L. 6500 residenza; 4 quinq. decimo; fino a 1000 pov. L. 2000; ambul L. 200; una e mezza indenn. caroviv. Chiedere annunzio.

VOLTIDO (*Cremona*). — L. 7800 aumentabili a lire 11.200; per uff. san. L. 300; per bicicl. L. 200 (*sic*). Ab. 1298. Scad. 20 sett.

BORSE DI STUDIO.

PERUGIA. *Collegio per gli orfani dei sanitari italiani.* — Due borse di studio. Vedi fasc. 31. Scadenza 15 settembre 1924.

SALSOMAGGIORE. *Associazione Nazionale Italiana Dottoresse in Medicina e Chirurgia.* — Borsa di studio Wassermann. Vedi fasc. 31. Scad. 31 agosto.

CONCORSI A PREMI.

BOLOGNA. *Istituto Ortopedico Rizzoli.* — Premio Umberto I. Vedi fasc. 30. Scad. 31 dicembre 1924.

BOLOGNA. *R. Accademia delle Scienze.* — Fondazione S. Pozzi. Vedi fasc. 7. Scad. 31 dic. 1924.

FIRENZE. *Società Italiana di Pediatria.* — È aperto un concorso nazionale a quattro premi della Fondazione Mantovani per le migliori monografie originali, pubblicate nel 1924, sulla Fisiologia e Patologia dell'alimentazione del lattante. I premi sono: 2 da L. 2500 e 2 da L. 1500. Inviare domanda con tre copie delle monografie alla Presidenza della Società in Firenze (23), via Mannelli 115, non più tardi del 31 dicembre 1924.

MILANO. *Municipio.* — Due premi della Fondazione dott. A. Beretta. Vedi fasc. 15. Scad. ore 12 del 28 feb. 1926.

MILANO. *R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere.* — Due premi della Fondazione Fossati. Scadenza ore 15 del 1° apr. 1925 e ore 15 del 31 dic. 1926. — Premio della Fondazione Ernesto De Angeli. Scad. ore 15 del 31 dic. 1926. Vedi fasc. 17.

MODENA. *R. Università.* — Premi Riccardo Luzzatto e Alfredo Simonini. Vedi fasc. 19.

ROMA. *Associazione Italiana per l'Igiene.* — Concorso per la propaganda igienica. Vedi fasc. 24.

ROMA. — *Ministero della Guerra.* — Premio Riberi. Vedi fasc. 8. Scad. 31 dic. 1924.

ROMA. *Reale Accademia dei Lincei.* — Due premi offerti dall'Istituto d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale; vedi fasc. 24. Scad. 30 sett. 1926.

ROMA. *R. Università.* — Due premi di fondazione Girolami. Scad. 31 dic. 1924.

ROMA. *Società Italiana di Medicina Interna.* — Due premi ditta Hoffmann-La Roche. Vedi fasc. 15. Scad. ore 16 del 31 dic. 1924 e del 31 dic. 1925.

TORINO. *R. Accad. di Medicina.* — Premio Riberi. Vedi fasc. 33 del 1923. Scad. 31 dic. 1927.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

NEL SERVIZIO SANITARIO DELLE FERROVIE DELLO STATO.

Il dott. Achille Baldi è stato promosso al grado di Capo Servizio, i dottori Martirano Francesco e Pagliano Guido al grado di Capo Divisione, il dottor Felice Tomassi al grado di Ispettore Capo.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Un Congresso internazionale di igiene del lavoro a Ginevra.

La «Prima riunione internazionale per lo studio dei Problemi di Igiene industriale» ha avuto luogo a Ginevra (Istituto di Igiene dell'Università) dal 18 al 20 luglio u. s.

Grazie agli sforzi veramente lodevoli del Comitato svizzero, costituito di medici e di igienisti, questa riunione può essere ritenuta come il primo vero Congresso internazionale di patologia e di igiene del lavoro, sia pure in miniatura, tenutosi dopo l'armistizio. L'epoca di riunione è stata scelta in modo da far coincidere il Congresso con quello del Comitato tecnico internazionale dell'illuminazione, assicurando così la collaborazione dei medici e dei tecnici della questione.

Il successo ha veramente superato qualsiasi speranza, perchè una trentina di medici e di tecnici di Europa, di America e del Giappone, si sono riuniti a Ginevra, e questo senza contare le adesioni pervenute da personalità che non poterono prendervi parte.

Oltre i relatori, fra i presenti ricordiamo: i dottori Chajes, Koelsch, Lehmann, Schmidt et Thiele; Leymann, consigliere ministeriale della Germania; Brezina (Vienna); Glibert et Stassen del Belgio; Lee et Pryce degli Stati Uniti di America: i signori Boulin e Frois (Francia), quest'ultimo rappresentante dell'Istituto di Igiene Sociale Lannelongue di Parigi, il dott. Wyatt, i signori Gaster, accompagnato dal dott. Kerr, e i signori Merril, Patterson, Walsh, Powel, venuti a Ginevra per la riunione del Comitato tecnico internazionale dell'illuminazione; i dottori Biondi, Loriga e Massarelli (Italia); Carozzi, capo della Sezione di Igiene e sicurezza industriale dell'Ufficio internazionale del Lavoro; Kose (Giappone), Zielinski (Varsavia); Christiani, Galliverio e Silberschmidt (Svizzera).

La Lega internazionale della Società della Croce Rossa aveva designato il Dr. Humbert, Capo del suo servizio di igiene, per assistere la «Riunione».

Il 18 luglio, in un breve discorso, il Dr. Christiani, presidente del Comitato Svizzero di organizzazione, e all'unanimità nominato presidente della «Riunione», precisava non trattarsi di un Congresso, ma più specialmente di una riunione di specialisti desiderosi di migliorare le condizioni del lavoro.

Il Dott. Kohn Abrest, direttore del Laboratorio di tossicologia della Polizia di Parigi, ha esposto i metodi da lui proposti per la determinazione e il dosaggio rapido e preciso dell'anidride carbonica e dell'ossido di carbonio nell'aria. Gli apparecchi da lui proposti possono, a mezzo di reagenti appropriati, servire anche per rintracciare altri prodotti tossici gazosi nell'atmosfera. Kohn Abrest, ha proposto un indice di tossicità che ha fortemente interessato il Congresso; quello dell'indice di tossicità CO/CO^2, vale a dire il rapporto tra l'ossido di carbonio e l'acido carbonico contenuti nello stesso cubo di aria. Un indice superiore a 0,01 rivela un'atmosfera nociva.

Il dott. Lehmann di Wurzburg ha fatto una lunga conferenza sui gaz tossici industriali, conferenza molto interessante e che ha suscitato l'ammirazione dell'uditorio, tanto per il valore scientifico e pratico dei dati apportati, quanto per la forma viva e interessante dell'esposto.

Il 19 luglio la riunione si è aperta con un resoconto succinto ma molto esatto del dott. Wyatt sui principii e la tecnica di impiego del katatermometro, e sui dati utili che può fornire questo apparecchio per la determinazione dello stato igrometrico e il valore dei movimenti dell'aria nell'atmosfera delle officine e dei locali di lavoro.

Il dott. Patrizi di Bologna con l'aiuto di proiezioni luminose espose brillantemente i metodi grafici da lui impiegati per la misura della fatica e delle attitudini professionali. I risultati da lui ottenuti nella ergomiografia, la misura dell'attenzione, della memoria, dell'associazione, dei riflessi cardio-vascolari, sono sembrati di capitale importanza per gli studi in corso, quantunque appaia, come lo confermano i rapporti del dott. Lee sui testi chimici di fatica e del dott. Wyatt sui testi psicofisiologici, che fino ad ora, i dati accertati, non sono ancora usciti dal dominio del laboratorio e sono difficilmente applicabili alla misura diretta del lavoro industriale. Tra questi dati del dott. Patrizi, si deve tuttavia ritenere il fatto che nella fatica muscolare, allorchè il lavoro inscritto ergograficamente non mostra ancora la diminuzione di rendimento, la miografia della contrazione muscolare mostra un ritardo nella contrazione. Questo fenomeno dimostra come il muscolo, anche stanco, possa ancora reagire, e fornisce delle indicazioni sulla genesi di certi infortuni del lavoro, imputabili non a una fatica nervosa, ma a una fatica muscolare. È ugualmente a ritenere il fatto che, per gli stessi individui le curve di misura dell'attenzione, della memoria, dell'associazione presentano delle similitudini evidenti.

Il 20 luglio, il sig. Gaster, in un esposto molto interessante insiste sull'importanza che gli igienisti debbono dare all'illuminazione delle fabbriche nonchè alla ventilazione e al riscaldamento, e dice che allo stato attuale delle nostre conoscenze, sarebbe prudente determinare uno standard d'illuminazione. Insiste sulle difficoltà morali e materiali che si incontrano allorquando si vogliono determinare, nelle diverse industrie, le condizioni di una migliore illuminazione. In materia di legislazione non si può che accettare il principio di un'illuminazione sufficiente, lasciando agli interessati la cura di fissare, in ogni caso particolare, i valori necessari ai singoli lavori.

In un rapporto documentato il prof. Oblath espone le diverse cause della fatica dell'occhio, e la riunione si chiude con una brillante comunicazione del dott. Stassen sul nistagmo dei minatori.

Interessanti discussioni seguirono ognuna delle comunicazioni, e la riunione formulò i voti seguenti:

Aria viziata dei laboratori. — Dai rapporti presentati e dalle discussioni risulta che la viziazione dell'aria dei laboratori ha una grande importanza sulla salute e sul rendimento degli operai. Gli inconvenienti che ne risultano sono di ordine diverso e lo studio seguito dalla riunione non potè estendersi alla totalità dei fattori insalubri; l'at-

tenzione dell'assemblea è stata particolarmente attratta sui gaz tossici, molto numerosi e di varia natura.

Uno studio dettagliato di ciascuno di essi (il loro numero aumenta col progresso dell'industria specialmente in ciò che riguarda i solventi) merita di essere seguito sia dal punto di vista delle applicazioni (nelle officine stesse) con la collaborazione dei padroni e degli operai, quanto dal punto di vista sperimentale. È del resto scientificamente provato che le buone condizioni dell'ambiente hanno un'influenza favorevole sulla salute degli operai e sulla loro produzione.

Fatica industriale. — Lo studio della fatica industriale presenta un certo interesse dal punto di vista economico e sociale. Se esso non può attualmente risolvere tutti i problemi posti dal lavoro, può ciò nondimeno fornire delle indicazioni preziose per la soluzione di problemi interessanti per la produttività industriale (ripartizione della giornata di lavoro ecc., origine degli infortuni del lavoro, rendimento del lavoro degli operai, ecc.).

È quindi utile favorire gli studi sulla fatica industriale e più specialmente bisogna ricercare dei sistemi che possano applicarsi facilmente negli ambienti industriali.

Illuminazione dei laboratori e fatica oculare. — La «Riunione internazionale per lo Studio dei Problemi di Igiene Industriale» dopo aver intesi e discussi i rapporti dei sigg. Gaster, Oblath e Stassen riconosce che la questione dell'illuminazione è tanto importante per l'igiene industriale quanto lo sono la ventilazione e il riscaldamento. Le ricerche che tendono a fissare il minimo di luce necessario, la distribuzione nel locale delle sorgenti luminose, ecc., sono molto difficili ma importantissime. La Riunione insiste sulla necessità di continuare queste esperienze; la collaborzione dei tecnici e degli igienisti dei diversi paesi è indispensabile per poter arrivare a dei risultati utili e pratici.

Prima di separarsi i sigg. Lehmann, Gaster e Lee hanno voluto ringraziare il prof. Christiani per il modo come questi aveva organizzata la Riunione. Riunione che in principio i membri consideravano con un certo scetticismo. Fu con piacere riconosciuto che non è necessario di spiegare tutta la pompa propria ad un Congresso per trattare delle questioni scientifiche, e che una semplice riunione intima, quale questa di Ginevra, rappresentava il mezzo più pratico e migliore per dei medici e degli igiensti che desideravano avere uno scambio di idee in piena libertà. Il successo di questa riunione è certamente dovuto alla buona volontà dei partecipanti: «questa buona volontà inesauribile dei medici e igienisti» come si compiaceva di far osservare il dott. Christiani nel suo discorso di inaugurazione.

Un tratto particolare di questa riunione è l'insieme di buon umore, di cordialità e simpatia, nel quale si sono svolti i suoi lavori. Ancora una volta si è constatato che la scienza non ha frontiere, e come faceva osservare uno degli oratori «poco importa da dove si viene, poco importa dove si ritornerà, quando ci si riunisce per la scienza».

Z.

NOTIZIE DIVERSE.

I Congressi medici di Milano.

Dal 22 al 31 ottobre Milano sarà sede di una serie di Congressi di Medicina concatenati l'uno con l'altro in modo da offrire ai medici che si recheranno a passare una decina di giorni a Milano, l'occasione di assistere alle diverse relazioni scientifico-pratiche che formeranno oggetto centrale dei Congressi stessi. I medici che andranno a Milano per quell'epoca potranno assistere nelle Cliniche e nei principali comparti ospedalieri, aggregati o no agli Istituti Universitari, a dimostrazioni, esercitazioni, atti operativi, nelle ore antecedenti e succesive in ogni giorno ai lavori del Congresso.

Si sono costituiti i Comitati Ordinatori dei cinque Congressi: di Pediatria, presidente prof. Cattaneo Cesare, segretario prof. Pestalozza Camillo; di Ortopedia, presidente prof. Galeazzi Riccardo, segretario prof. Scarlini Giovanni; di Chirurgia, presidente prof. Baldo Rossi, segretario prof. Borghi Mario; di Urologia, presidente prof. Lasio Giovanni, segretario dott. Boretti Cesare; di Medicina interna, presidente prof. Devoto Luigi, segretario dott. Ceresoli Adriano.

Venne ufficiato il prof. Luigi Devoto ad assumere la Presidenza generale dei Comitati e ne sarà Segretario generale il prof. Luigi Preti.

TEMI DEI CONGRESSI E RELATORI.

Congresso di Pediatria (22-25 ottobre). — 1) Determinazione del fabbisogno alimentare del bambino. (Relatori: Pestalozza Camillo e Doria Caffarena). — 2) Diatesi e costituzione nell'infanzia. (Relatore: Berghinz Guido). — 3) Le istituzioni parascolastiche e la loro importanza igienico-sociale. (Relatore: Mario Raspi).

Congresso di Ortopedia (24-25 ottobre). — Il trattamento della scoliosi. (Relatore: Scarlini Giovanni).

Congresso di Chirurgia (26-28 ottobre). — 1) La simpatectomia. (Relatore: Uffreduzzi G.). — 2) Le indicazioni della operabilità nelle varie forme di splenomegalia. (Relatori: Micheli Ferdinando e Cappelli).

Congresso di Urologia (29 ottobre). — 1) I diverticoli della vescica. (Relatore: Lasio Giovanni). — 2) Fulgorazione dei tumori vescicali. (Relatori: Bruni Carmelo e Colombino Silvio).

Congresso di Medicina Interna (28-31 ottobre). — 1) Sindromi surrenali. (Relatori: Pende Nicola e Piazza Cesare). — 2) Progressi nella diagnosi delle nefriti. (Relatore: Ferrannini Luigi). — 3) Le indicazioni della operabilità nelle varie forme di splenomegalia, tema in comune alla Società di Chirurgia. (Relatori: Micheli Ferdinando e Cappelli).

Le sedute dei Congressi verranno tenute negli Istituti Clinici e negli Istituti Ospedalieri.

Le Ferrovie di Stato concederanno i viaggi a riduzione con la concessione ai Congressisti di trattenersi a Milano dal 20 al 31 ottobre.

XXI Congresso Italiano di Dermatologia e Sifilografia.

La XXI riunione della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia avrà luogo in Padova nella seconda quindicina del mese di dicembre p. v.

I temi ufficiali sono:

1) «Cancro cutaneo sperimentale». (Relatore: Prof. E. Bizzozero, Torino).

2) «Guarigione della sifilide». (Relatore: Professor L. Tommasi, Firenze).

Ogni socio non potrà presentare più di due comunicazioni e dovrà indicare espressamente quella che desidera abbia la precedenza. Le comunicazioni dovranno essere fatte personalmente dall'Autore.

I titoli delle comunicazioni dovranno essere inviati al segretario prof. Vincenzo Montesano, Roma (20), via Campo Marzio, 69, non più tardi del 10 novembre p. v.; quelli pervenuti dopo questa data non saranno inscritti nell'ordine del giorno.

I soci i quali desiderano fruire dei ribassi ferroviari, se questi verranno concessi, dovranno farne richiesta al segretario non oltre il 10 novembre p. v.

XIII Congresso Italiano di Stomatologia.

Promosso dalla Federazione Stomatologica Italiana, avrà luogo a Napoli, presso la R. Università, dal 13 al 17 ottobre.

Il Comitato ordinatore è presieduto dal prof. R. D'Alise di Napoli (Piazza Municipio, 48) e allo stesso dovranno essere rivolte le domande d'iscrizione, secondo le modalità che verranno rese note dal Comitato stesso.

I temi ufficiali del Congresso saranno i seguenti: 1) Prof. A. Beretta (Bologna»: Riordinamento degli studi odontologici»; 2) Prof. G. Manicardi (Modena): «Patogenesi della carie dentale»; 3) Dott. G. Grandi (Trieste): «Nevralgie dontofacciali». Sono già pervenute alla Presidenza numerose ed interessanti comunicazioni. Nella riunione verrà discusso ampiamente l'insegnamento dell'odontoiatria.

La nuova Università di Milano.

La nuova Universitas Studiorum sorgerà nel quartiere di Porta Venezia, in un vasto spazio ad est della città. I lavori, iniziati nel 1916, vennero lentamente proseguiti nel periodo bellico e postbellico, ma ora ad essi è stato dato un nuovo impulso, grazie alle cure che vi ha dedicato il Sindaco, prof. Mangiagalli. Preventivata allora la spesa in soli 26 milioni, raggiungerà circa 60 milioni.

La nuova Università avrà le quattro Facoltà classiche: Medicina, Giurisprudenza, Lettere e Fisico-Matematica, e sarà dotata di una non comune ricchezza di mezzi e di materiali di studi, talchè potrà vantarsi d'essere tra le primissime del Regno, e di poter gareggiare con alcune delle più rinomate Università straniere.

Attorno alle Facoltà sorgeranno altri nuclei universitari, costituiti da scuole superiori, mentre sui terreni adiacenti sorgeranno quelli delle carte e fibre tessili, olii e grassi, meccanica agraria, istituto editoriale scientifico-tecnico, istituto del cuoio, Associazione industriale d'Italia per prevenire gli infortuni sul lavoro.

La *Città degli Studi* copre un'area di 175,000 mq. E gli Istituti e le Facoltà, già attualmente esistenti a Milano, vedranno anche aumentare le loro disponibilità di spazio.

La Facoltà di Legge e tutte le Segreterie avranno sede in via Ruffini.

La solenne inaugurazione sarà tenuta durante il prossimo novembre nello storico salone delle Statue al Castello Sforzesco, presenti i rappresentanti delle Università di tutta Europa.

Il nuovo regolamento generale della Cassa Nazionale Infortuni.

Con R. Decreto 19 giugno 1924, n. 1041, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* dell'8 luglio, è stato approvato il nuovo Regolamento Generale della Cassa Nazionale di Assicurazione per gli infortuni sul lavoro, che sostituisce quello approvato con R. D. 15 settembre 1922, n. 1333.

Il nuovo Regolamento Generale detta le norme concernenti la nomina, le attribuzioni e il funzionamento dei quattro organi centrali (Consiglio Superiore, Comitato Esecutivo, Collegio dei Revisori dei Conti, Direttore Generale) e quelle relative alla costituzione, allo scopo e alla rappresentanza dell'Istituto, agli organi locali, al personale e ai rapporti con altri Enti.

Le nuove disposizioni rispondono alle direttive del Governo, che ha voluto rendere la Cassa Nazionale Infortuni sempre più semplice nell'organizzazione, rapida nei movimenti ed efficace nell'azione.

Il Regolamento stesso sanziona, poi, il principio che la Cassa Nazionale provvede a cure medico-chirurgiche, fisioterapiche e ortopediche e alla rieducazione funzionale e professionale. Viene in tal modo riconosciuta e incoraggiata l'azione altamente sociale e benefica svolta disinteressatamente dalla Cassa, mediante la sua vasta e poderosa organizzazione sanitaria, per restituire ai lavoratori colpiti da infortunio il massimo di reintegrazione della capacità professionale.

Gruppo napoletano per lo studio delle questioni eugeniche e sessuali.

La giovane organizzazione che in questo periodo ha rafforzato le sue fila, per ragioni contingenti è stata costretta a rimandare ad ottobre l'annunciata conferenza di Leonardo Bianchi che avrebbe dovuto costituire il vero atto inaugurale degli studii e dell'azione che il gruppo intende svolgere. Alla conferenza di Leonardo Bianchi seguiranno quelle di Roberto Bracco, Castellino, Capasso e di altri cultori di discipline eugeniche di varie parti di Italia.

Mentre il Consiglio Direttivo va concretando una efficace opera di propaganda e di infiltrazione per chiarire gli alti fini sociali dell'eugenica, ogni mese avranno luogo riunioni di carattere scientifico, con comunicazioni e discussioni che contribuiranno allo ulteriore sviluppo dell'azione iniziata.

Le iscrizioni a soci delle varie categorie sono aperte presso il Segretario generale prof. Capasso.

Cinquantenario di un giornale medico.

Quest'anno compie il 50° anno di fondazione il reputato « Journ. of Nervous and Mental Disease ». In tale occasione viene allestito un indice generale dei 50 volumi. L'indice verrà pubblicato (al prezzo di 5 doll.) se i sottoscrittori raggiungeranno il numero di almeno 100.

Rivolgersi alla sede del periodico (64, West 56th Street, New York, S. U. d'A.).

In onore di d'Arsonval.

Si è costituito un Comitato per tributare delle onoranze al prof. d'Arsonval, il quale ha compiuto opera di pioniere nella fisica biologica ed ha creato il metodo terapeutico detto d'Arsonvalizzazione; egli successe al Brown-Séquard nel « Collège de France ».

L'occasione è tratta dal conferimento di un'alta onorificenza della Legion d'Onore.

Presidente del Comitato è il dott. Belot, rue de Bellechasse, 36 - Parigi.

Il 13 luglio si è spento a Ferrara, a soli 50 anni, il prof. ALBERTO MICHELANGELO LUZZATTO. Era docente di patologia e di clinica medica, professore all'Università di Ferrara, medico primario e direttore del laboratorio dell'Arcispedale S. Anna. La sua ricca produzione scientifica, comprendente un centinaio di pubblicazioni (tra cui un'importante monografia sul rene policistico), lo aveva reso assai noto tra i cultori italiani e stranieri della patologia medica e dell'anatomia patologica. Era anche consulente assai ricercato; e aveva raccolto intorno a sè una schiera di giovani medici e di studenti, che si onoravano di considerarlo come il loro Maestro. La sua morte immatura lascia un larghissimo compianto, accresciuto dal ricordo del suo disinteresse e della sua generosità.

F. R.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali (S). L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXXI Roma, 18 Agosto 1924 Fasc. 33

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI VENEZIA
DIVISIONE MEDICA IV
diretta dal primario prof. G. JONA.

Due casi di emiplegia tifica

per il dott. GIUSEPPE TIZIANELLO,
assistente effettivo.

Su più che mille casi di tifo decorsi in sette anni in questo Reparto Ospedaliero Tifose, solo nel corrente anno ci fu dato di osservare in due malate una delle più rare complicazioni di esso: l'emiplegia.

Fra le turbe nervose insorgenti nel decorso della febbre tifoide, Thoinot e Ribierre accennano pure all'emiplegia, ma come complicanza più facile a manifestarsi nei convalescenti, ed ammettono che in generale sia transitoria ed incompleta. Dalla letteratura medica ho potuto raccogliere pochissimi casi, descritti dall'Eichhorst, da Vulpian, da Lucatello, da Sarro, da Osler. Poichè in tutti i casi la malattia ebbe esito in guarigione, mai fu possibile dimostrare la vera natura della lesione organica, sicchè molte teorie furono addotte per spiegare la rara complicazione.

Una delle nostre malate essendo venuta a morte, si ebbe il controllo anatomo-istologico. Questo caso inoltre, per l'andamento di talune complicazioni, secondarie all'emiplegia stessa o per lo meno modificate da essa, merita di essere descritto con qualche particolare.

Z. M., di anni 29, entra nel reparto tifose il dì 8 ottobre 1923. Nel gentilizio si rileva che la madre, vivente, soffre di cardiopatia.

L'ammalata mestruò la prima volta a tredici anni fu poi sempre regolare per epoca di comparsa e quantità di flusso. Sposatasi a 17 anni ebbe 4 gravidanze; un solo figliò è morto. Tre anni fa fu ammalata per circa quattro mesi, di forma imprecisata. Lo scorso anno fu assunta quale nutrice all'Istituto Esposti di Venezia, ma due mesi fa fu dimessa perchè deperita. Ora è febbricitante da quattro giorni; ebbe inoltre cefalea, epistassi, vomito e diarrea.

E. O. all'ingresso: cute e mucose visibili rosee. Sistema ghiandolare non apprezzabile; nutrizione scarsa. Lingua patinosa, arrossata ai margini.

Negativo l'esame polmonare; respiri 20. Cuore: punta in quinto spazio sull'emiclaveare.

Nessun aumento dei diametri cardiaci; toni un po' lontani e sordi; il primo è lievemente impuro alla punta. Polso 100 regolare, discretamente valido.

Addome: espanso; con smagliature gravidiche. Numerose roseole; è trattabile ed indolente ovunque. Si palpa la milza sporgente nell'inspirio.

Gorgoglio ileo-cecale. Alvo aperto. Orine torbide. P. S. 1019. R. A. presenza di albumina (0.40 %); nel sedimento, fortissima quantità di cilindri granulosi ed epiteliali.

Una prima reazione di Widal diede risultato dubbio.

Diario. — Giorno 11 ottobre 1924. Sensorio sveglio. Nulla al torace. Toni cardiaci validi. Addome modicamente meteorico. La reazione di Widal, nuovamente eseguita, risulta nettamente positiva per il tifo.

12 ottobre. P. 106 dicroto. Ammalata delirante.

14 ottobre mattina. Sensorio ottuso. Perde orine e feci. Nulla di nuovo al torace. Addome trattabile.

Sera. P. 100 fiacco. Toni cardiaci netti, fiacchi.

Condizioni aggravate. Colorito subcianotico. Estremità fredde. Notasi inoltre lieve spianamento dei solchi cutanei della metà sinistra della faccia; abbassamento dell'angolo boccale sinistro e stiramento a destra dell'angolo boccale D. Diminuzione dell'energia motoria agli arti di sinistra. Milian positivo a sinistra. Riflesso patellare quasi assente a sinistra. Non riflesso di difesa, non Babinsky. Per le condizioni della paziente non si può procedere ad un esame della sensibilità nella parte paretica.

15 ottobre. Lo stiramento boccale è quasi scomparso. Colorito subcianotico; subdelirio.

16 ottobre. È ricomparsa la paresi del facciale sinistro. Nulla si rileva al cuore. Non esiste alcun fatto di flebite. Non piaghe da decubito.

18 ottobre. Notte molto inquieta. Lo stato di emiparesi con qualche alternativa di miglioramento e peggioramento persiste.

Toni cardiaci abbastanza validi. Ventre trattabile; milza: si palpa.

22 ottobre. Energia motoria abolita completamente a sinistra; stato grave. Lingua asciutta.

24 ottobre. Sensorio ottuso. Addome trattabile. Il braccio sinistro dal lato esterno è tumefatto e arrossato dalla piega del gomito fino a quasi l'articolazione della spalla. Nella zona arrossata notasi una flittena. Polso frequente, con dicrotismo spiccato, fiacco.

25 ottobre. L'edema al braccio sinistro a tipo eresipelatoide è aumentata.

26 ottobre. L'edema al braccio si è esteso alla spalla sinistra la quale si presenta notevolmente tumefatta. Non vi è però in alcun punto senso di fluttuazione, nè superficiale nè profonda.

28 ottobre. Il gonfiore è molto diminuito alla spalla e va localizzandosi al braccio.

29 ottobre. Alla regione interna del braccio sinistro si è resa manifesta una zona bluastra di necrosi superficiale.

30 ottobre. La tumefazione del braccio va sempre più riducendosi nel mentre che il colorito bluastro aumenta e dalla zona necrotica comincia secrezione siero purulenta. Le condizioni generali si aggravano.

2 novembre. La zona necrotica si demarca sempre più. Notasi qualche disturbo della deglutizione.

7 novembre. Sulla guancia sinistra rilevasi un'ulcerazione della grandezza di 2 cm. circa, circondata da alone rossastro. La necrosi al braccio sinistro si dimostra profonda, sino a mettere allo scoperto per un'estensione di 10 × 7 cm. la fascia brachiale. Nella regione deltoidea si sono formati seni fistolosi da cui fluiscono pus e sangue commisti a frammenti di tessuto necrosato. Sulla metà sinistra del tronco e rigorosamente limitate dalla linea mediana così anteriormente che posteriormente, si notano disseminate delle formazioni pustolose, alcune agminate e suppuranti al centro, altre fluttuanti, tanto da rappresentare ascessolini miliari. L'esame del secreto ottenuto mediante incisione d'una d'esse vi dimostra presenza di stafilococchi.

CASO I. — Zona di necrosi al braccio e formazioni pustolose alla metà sin. paralizzata.

8 novembre. Condizioni preagoniche. Assente completamente il riflesso corneale di sinistra. Lievissimo quello di destra. Polso vuoto. Muore alle ore 24.

La febbre nel periodo di degenza nella nostra divisione (31 giorni) si mantenne continua, sempre elevata, raggiungendo i 40°,6; negli ultimi giorni ebbe qualche intermittenza.

Autopsia. (Prof. CAGNETTO). — Per brevità, riferisco solo il reperto del cervello, e poi la diagnosi anatomo-patologica complessiva:

Cervello. — Leggermente aumentata la tensione della dura. Corteccia cerebrale pallida: così la lepto-meninge. Discreta raccolta liquida limpida nello spazio interpenducolare. Nello spessore dei gangli basali di destra e precisamente nel Putamen esiste un focolaio di necrosi ischemica recente asciutta di color grigio-giallo sporco che si estende medialmente fino

ad interessare parte del globus pallidus e della capsula interna ed in basso fino a ledere breve tratto della capsula esterna. In uno spaccato sagittale il focolaio ha il volume di un grosso pisello. Un taglio condotto dalla metà laterale dei gangli basali nella direzione della colonna raggiata mostra che il focolaio è elittico, della lunghezza di circa 2 cm. dal piano sagittale di suddivisione dei gangli basali.

Diagnosi anatomica. — Ileo tifo nella fase dell'ulcerazione e dell'incipiente riparazione. Trombo-arteriti multiple periferiche e viscerali con esito in focolai di necrosi asettica (le profonde) e settiche (le cutanee) e con netta separazione dell'antimero, sinistro in rapporto col focolaio encefalico malacico del nucleo lentiforme e della capsula interna di destra. Vaste piaghe al braccio sinistro e al sacro. Emaciazione.

Ho fissato il tratto di nuclei basali di destra, colpiti da rammollimento e dei tratti di pelle sede delle formazioni pustolose. Eccone il reperto istologico su sezioni trattate coi comuni mezzi di colorazione: ematossilina-eosina, bleu di metilene pei batteri.

Il focolaio di rammollimento cerebrale ha dato all'esame istologico l'ordinario reperto, di un tessuto di aspetto omogeneo, disseminato di residui di elementi cellulari riconoscibili per il nucleo più o meno conservato, tutto intramezzato da areole microscopiche di riassorbimento, circondate da una zona più o meno spessa di elementi aventi tutti i caratteri dei cosidetti corpi granulosi e che non sono che masse di macrofagi ben conservati che qua e là confluiscono addensandosi quasi in forma di tessuto neoformato. È interessante il reperto (uniformemente diffuso intorno al focolaio necrotico), di vasi numerosi da cui si vedono partire e irradiarsi tali cellule di carattere macrofagico le quali vanno a compenetrare il focolaio necrotico. Ci è apparso evidente e costante il fatto che questi elementi prendono punto di partenza dal peritelio; cioè dall'endotelio che riveste, esternamente, la guaina linfatica perivasale. In nessun punto ci fu dato di colpire uno di tali elementi in atto di passare attraverso le pareti del vaso. Invece questa ci si dimostrò (in tutti i vasi che si trovavano in tale condizione) infiltrata modicamente di elementi piccoli, rotondi, nettamente distinguibili dai macrofagi, nè congiunti a questi da forme di passaggio.

Questi fatti riguardano i vasi immediatamente circostanti al focolaio distruttivo. In seno poi ad esso, notiamo i seguenti fatti: In una parte del territorio, le vene, modicamente distese, a parete conservata, contengono sangue ben conservato; in altra parte del territorio, le vene son tutte fortemente distése; la parete è mancante di endotelio, e la distensione è data da un grosso coagulo, di aspetto jalino, e in alcune, contenente massette di pigmento da disfacimento ematico, segno questo che il coagulo non è cadaverico, nè preagonico, ma datante già da giorni. Nei vasi anteriori delle sezioni numerose percorse, non potemmo rilevare alterazioni apprezzabili; invece qua e là, e sia nel tessuto intorno al focolaio, come anche in altri punti del cervello si notano alterazioni disseminate parcellari a carico degli endoteli capillari.

In alcuni punti, e questo anche dal lato opposto alla lesione si notano dei minutissimi stravasi nelle guaine perivasali. Non si potè dimostrare nelle medesime sezioni esaminate la presenza di bacilli, nè nel tessuto necrosato nè entro i vasi.

b) *Sezione di pelle*, condotte in punti dove ci sono focolai suppurativi già costituiti ed anche focolai di infiltrazione iniziale, mostrano che i fatti si sono svolti in corrispondenza alle ghiandole sudoripare e nel connettivo per lo più lasso che ne accompagna i tubi escretori sino agli strati più superficiali della pelle. Si riconoscono alterazioni della parete ghiandolare, ma sopratutto infiltrazione densa del connettivo intertubulare, infiltrazione che è costituita da elementi a tendenza al disfacimento granulo grassoso. Nei focolai iniziali si vedono vasellini sanguigni apparentemente dilatati ma non trombizzati, e senza lesioni apprezzabili di una qualche importanza; nella cute vicina ai focolai vi è assenza di lesioni, se si prescinde da qualche minimo accumulo d'infiltrazione nelle vie linfatiche del derma, particolarmente intorno a tutti gli elementi vasali del territorio; del resto la lesione si mantiene nettamente sistematizzata lungo i tratti anzidetti. I focolai di netta fusione purulenta si fanno tutti in seno al derma nello strato più superficiale così da diventare sottoepidermici. Nei focolai suppurativi la colorazione delle sezioni col liquido di Löffler mette in evidenza una grande quantità di stafilococchi. Dove sono i fatti iniziali in corrispondenza ai gomitoli e all'inizio dei tubuli essi non sono dimostrabili.

In nessun punto si videro bacilli.

***

Si tratta dunque di un caso di ileo-tifo a decorso tipico, grave, e che ha presentato la complicazione dell'emiplegia, e di fatti successivi di carattere piogenico, determinati nettamente da essa nella loro localizzazione.

Tutto ciò merita una breve illustrazione da più punti di vista.

Anzitutto dal lato clinico va rilevato il carattere dell'emiplegia in rapporto alla localizza-

zione anatomica. Apparvero lievi fatti nel campo del facciale, unitamente a fatti d'insufficenza motoria degli arti superiore ed inferiore di sinistra. L'insufficenza motoria non si fece tuttavia completa in un sol tempo; vi furono delle alternative di miglioramento e di peggioramento e all'esame dei riflessi si riscontrò fino all'ultimo assente il Babinsky: per le condizioni di incoscienza pressochè completa della malata, non si potè conoscere lo stato della sensibilità. Un'emiparesi con questi caratteri deponeva per una lesione extra-capsulare avente sede nello spessore dei nuclei basali e più probabilmente nel putamen. Che lesione di questo possa dar luogo ad emiplegia, è noto già da lungo tempo. Già Meynert l'aveva notato, e così pure Charcot il quale anzi aveva notato alcune caratteristiche in quelle forme di emiplegia: esser cioè essa transitoria, passeggera, non indelebile. Più recentemente, Mingazzini affermò più esplicitamente che quando vi è lesione del putamen, si hanno disturbi motori del lato opposto, d'intensità variabile, che possono perfino passare inavvertiti al paziente stesso mentre altre volte giungono a vere e proprie emiparalisi, con alternative di miglioramento e peggioramento, con lieve esagerazione dei riflessi tendinei, con assenza del segno di Babinsky e di cloni.

Nelle lesioni lenticolari può esistere, secondo Mingazzini, ipoestesia nel lato paretico, ma questo elemento non potemmo valutare nella nostra ammalata. Così si sarebbe reso pressochè impossibile per l'incoscienza di essa differenziare una sindrome del putamen, da una sindrome talamica, in cui, secondo Déjerine vi è pure emiplegia di moto coi caratteri anzidetti, ma sono caratteristici gravi disturbi di sensibilità specialmente dolorifica e talora di emotività.

Il reperto necroscopico confermò questo primo giudizio. Dimostrò infatti la presenza d'un focolaio di necrosi recente asciutto, di color giallo sporco interessante i nuclei della base di destra, più direttamente il putamen, e estendentesi al globus pallidus fino alla capsula esterna.

Riguardo alla natura della lesione, la sua insorgenza rapida ma graduale indusse in vita al giudizio di un rammollimento trombotico. Si escluse l'embolia sia perchè mancò la subitaneità del fatto e l'ictus che la suole accompagnare, sia perchè non esistevano fatti che deponessero per un focolaio (particolarmente endocarditico) da cui un embolo fosse partito.

È anche da ricordarsi che allo stabilirsi dell'emiplegia non vi era ancor alcuna alterazione cutanea. All'esame anatomo-istologico non potemmo constatare direttamente il vaso arterioso trombizzato. Il focolaio di rammollimento e le condizioni della vascolarizzazione di esso e del territorio circostante, quali furono descritti nel reperto istologico, non possono tuttavia lasciare altra scelta che tra l'origine embolica e l'origine trombotica: ora poichè da un lato lesioni arteriolari, disseminate in tutto l'organo, ne constatammo, e d'altro lato anche anatomicamente non potemmo riscontrare fonti di emboli (tranne i fatti suppurativi, stabilitisi *dopo* l'emiplegia) così credemmo di rimanere nel primitivo giudizio di rammollimento trombotico. Di esso è da escludere ogni sospetto di natura luetica, per i criteri suesposti. Non dimostrammo bacilli nè nei vasi nè nel tessuto rammollito: l'arterite è da considerarsi tossinica.

Questa conclusione fondata quasi totalmente sui fatti, ha importanza, ove si consideri che in passato l'emiplegia tifica trovò spiegazioni solo in ipotesi, che condussero naturalmente a interpretazioni svariate, e che mai erano state controllate dal reperto anatomico.

Marina in un suo caso attribuì l'emiparesi ad un focolaio encefalitico, Hayem la ritenne dovuta a embolie di origine cutanea, Galletti a trasporto di materiali micotici, altri a fatti di anemia o di congestione cerebrale dovuti alla presenza di tossine vaso-costrittrici o vaso-dilatatrici (Charrin-Calcaterra); e Lucatello a lesioni dei centri nervosi prodotte dai bacilli tifosi; e Hoffmann crede esser dovuta ad emorragie vere e proprie per alterazione delle pareti vasali per degenerazione delle tossine elaborate dal bacillo Ebertiano (Stedemann).

Sarro in uno dei casi di emiplegia che egli ebbe occasione di osservare, ritenne che fosse dovuta ad endoarterite tifica del territorio della Silviana.

Secondo Rattone, nel tifo si riscontrerebbe una arterite diffusa dovuta a lesione dei *vasa vasorum* da parte dei bacilli, lesione che secondariamente si propaga alle tuniche dei vasi producendo trombi e coaguli.

Passando ora all'interpretazione delle manifestazioni esterne a carico del braccio e della pelle è evidente che la zona di necrosi istituitasi al lato mediale del braccio sinistro, non può considerarsi come un comune decubito. A parte la località non soggetta a pressioni, come quelle insorgenti al sacro, ai trocanteri o ai calcagni il decorso fu evidentemente quello di un focolaio necrotico di origine profonda per lesione vasale; il fatto si manifestò all'inizio con vasto edema dell'arto, di origine collaterale e dopo quattro giorni si lasciò riconoscere e delimitarsi il focolaio necrotico a vasta base

superficiale e cuneo profondo. Per le stesse ragioni esposte pel focolaio cerebrale questo pure deve essere ritenuto arteritica: il tronco dell'omerale, esaminato istologicamente si dimostrò pressochè integro: il fatto infiammatorio della parete deve essere stato parcellare, localizzato ad una arteriola di secondo o terzo ordine.

Per ultimo la assoluta localizzazione degli ascessetti alla guancia e all'emitorace della parte paralizzata, dimostra l'influenza della lesione cerebrale.

È degno di nota che le localizzazioni rispettarono rigorosamente il limite segnato dalla linea mediana appunto per l'influenza distrofica del centro, a differenza di quanto succede nei disturbi trofici per lesione periferica, come ad esempio nell' «Erpes Zoster» in cui le vescicole arrivano un po' al di là della linea mediana, appunto perchè i nervi intercostali di un lato si intrecciano con quelli del lato opposto, così oltrepassando la linea mediana.

Si conosce già l'influenza che una lesione centrale, ed in ispecie (come afferma il Mingazzini) del «putamen» ha sul trofismo dell'antimero opposto. Ad es. Charcot, Pisiel, Rosembach, descrissero alterazioni consistenti in semplici congestioni ed emorragie, sia in fatti infiammatori nei polmoni e nella pleura dei cerebropatici. E F. Ravenna minutamente descrisse un caso di emorragie cutanee, muscolari, articolari e della cavità pleurica in un emiplegico cerebrale, e tutte localizzate esclusivamente nella metà del corpo paralizzato.

In quel caso il Ravenna ricercò con cura, ma non gli fu possibile dimostrare istologicamente, lesioni dei rami del simpatico che vanno ad innervare le pareti vasali e che per mezzo di nervi comunicanti e delle radici spinali corrispondenti sono in relazione colle vie motorie centrali.

Nel nostro caso è da ritenere che un'azione vaso-paralitica e forse un'azione direttamente distrofica abbiano preparato il terreno a processi infettivi locali.

Ed essendosi riscontrati i germi nell'interno dei tubuli escretori delle ghiandole sudoripare anzichè nell'interno dei vasi, non si può ammettere che i germi stessi siano ivi arrivati per via sanguigna, ma bensì che si siano sviluppati quelli che anche abitualmente si trovano nelle ghiandole sudoripare, e che in condizioni di normale resistenza dei tessuti non possono lederli.

***

Descrivo ore il 2° caso, fortunatamente venuto a guarigione, e con *restitutio* più che discreta della parte paralizzata.

CASO II. — P. Elvira di anni 18 entra nell'ospedale il 1° gennaio 1924. Nulla di notevole nel gentilizio. Mestruazione regolare. Sposa da poco tempo, ha un bambino di 4 mesi che allattò fino ad ora.

Nessuna malattia pregressa.

Dal racconto dell'ammalata si rileva che Ella accusava malessere generale da 7 giorni prima dell'ingresso con febbre non elevata, che poi aumentò e si fece continua. Ebbe inoltre cefalea; qualche scarica liquida; vomito. Non epistassi.

All'esame obbietivo si riscontra: Sensorio sveglio, lingua patinosa arrossata ai margini e alla punta.

Nulla di notevole al torace.

Cuore nei limiti fisiologici. Toni cardiaci netti ritmici su tutti i focolai. P. 112 valido regolare.

Addome meteorico, trattabile ed indolente.

La milza si palpa appena. Alvo aperto. Diuresi scarsa.

Urine limpide con 1020 di P. S. Lievi tracce d'albumina.

Qualche cilindro granuloso nel sedimento.

La reazione di Widal la prima volta riuscì negativa; dopo tredici giorni nettamente positiva.

Il decorso della malattia se si eccettui l'insorgenza di un focolaio di bronco polmonite alla base di destra fu regolare, benchè grave.

La febbre durò circa 26 giorni, ebbe andatura tipica, salvo tre brusche discese provocate dalle iniezioni endovenose di stomosina Centanni. 5 giorni dopo lo sfebbramento (nella 30ª giornata di malattia) l'ammalata allo svegliarsi accusò cefalea; e dopo poche ore fu colpita improvvisamente da emiparesi destra totale (facciale ed arti).

Si presentò e si mantenne esagerazione moderata, dei riflessi tendinei dal lato paretico: assente il Babinsky ed il clono del piede e della rotula. Nessuna modificazione apprezzabile della sensibilità. Accompagnò questi segni di insufficenza motoria un ottundimento del sensorio. L'ammalata aveva lo sguardo vuoto, non rispondeva alle domande, o lo faceva con grande sforzo e con lieve disartria.

Nei due giorni seguenti i fenomeni si conservarono, uniti ad apatia, sonnolenza, perdita di feci e orine.

Vi fu inoltre lieve disturbo della deglutizione.

In breve spazio di tempo però i fenomeni di paresi migliorarono.

Dapprima la parola si fece più pronta e non più disartrica, e mentre persisteva l'insufficenza motoria facciale, era possibile qualche movimento attivo sia nell'arto superiore che inferiore e con sempre maggiore facilità. Notevole il fatto che ancora lo stato psichico non era ristabilito. Una tendenza al pianto per qualsiasi piccola emozione era accompagnata da una diminuita sensazione delle funzioni vegetative e a un leggiero stato demenziale, tendeva a scendere dal letto senza ragione, si imbrattava le mani colle feci.

Poi anche questi fatti migliorarono rapidamente.

Uscì dall'ospedale il giorno 28 febbraio, continuando ambulantemente il trattamento elettrico. Fu rivista di recente, visceralmente è ritornata normale.

Rimane rima palpebrale destra più ampia,

lieve ipoestesia corneale, solco naso-labbiale un po' spianato, bocca nettamente deviata a sinistra nel sorriso, energia degli arti rifatta pressochè uguali dai due lati.

In questo secondo caso la tenuità della paresi degli arti, le alternative nella sua intensità, la moderata esagerazione dei riflessi, la assenza dei cloni, l'assenza di Babinski insieme coll'assenza di turbe delle sensibilità, e specialmente della dolorifica, ci fanno propendere per una localizzazione analoga a quella del caso precedente cioè del putamen.

Quanto poi allà natura della lesione ritengo che analogamente al primo caso si debba considerare trombotica; lo prova il fatto che già alcune ore prima del fatto emiplegico l'ammalata aveva avvertito cefalea, segno quello che fin da quel momento cominciava già á stabilirsi il disturbo circolatorio: d'altronde vi era anche qui la mancanza di ogni fatto endocarditico e di altri possibili punti di partenza di un embolo.

Questi due casi presentano interesse sia dal lato clinico, che dal lato anatomo-patologico. Sono un contributo alla casistica dell'emiplegia tifica.

Dimostrano che con ogni probabilità la causa prima è sempre l'arterite tifica; mettono ancora in rilievo l'importanza dei nuclei della base nella loro funzione motoria e nella funzione trofica.

Per ultimo l'identità dei due casi fa avanzare l'ipotesi che le tossine tifiche abbiano (come succede per determinate sedi per altre malattie) una loro sede di elezione nei nuclei grigi della base, probabilmente nel putamen.

BIBLIOGRAFIA.

1. BROUARDEL-GILBERT, THOINOT, FIÈVRE, TYPHOIDE. *Nouveau Traité de Médicine et de Thérapeutique.*
2. CALCATERRA. *Sull'afasia transitoria nel decorso del tifo.* Rivista di Clinica Pediatrica, anno XVIII.
3. CHARCOT-PESIEL. Thèse de Paris, 1867.
4. CHARRIN. Cit. da SARRO.
5. DE SARRO E. *Due casi di emiplegia come complicazione di tifo addominale.* Policlinico, Sez. Med., 1919.
6. EICHHORST. *Trattato di Patologia e Terapia.* Soc. Ediz. Libreria Mil., 1898.
7. GALLETTI. *Afasia ed emiparesi di destra in un bambino nel corso della febbre tifoide.* Gazzetta degli ospedali e delle cliniche, 1° agosto 1897.
8. HAYEM. Cit. da RATTONE.
9. HOFFMANN. Cit. da SARRO.
10. LEUBE. *Diagnosi differenziale delle malattie interne*, vol. II. Editore Vallardi.
11. LUCATELLO. *Trattato Italiano di Patologia e Terapia*, vol. I.
12. MARINA A. *Emiparesi sinistra con turbe di sensibilità avvenute dall'inizio di un tifo.* Policlinico, Sez. Medica, 1917.
13. MINGAZZINI G. *Anatomia Clinica dei centri nervosi.* Torino 1913.
14. MINGAZZINI. *Lesioni del cervello e del midollo spinale.* Policlinico, Sez. Med., 1917.
15. OSLER. *Emiplegia della febbre tifoide.* Revue Neuroligique 1901. cit. da SARRO.
16. RATTONE. *Dell'arterite tifosa.* Morgagni, 1887.
17. RAVENNA F. *Sulle gravi turbe vasomotorie degli emiplegici.* Rivista di patologia nervosa e mentale, 1910, n. 1.
18. ROSEMBACH. Berl. Klin. Woch., 1878, n. 4.
19. STEDMAN. Cit. da SARRO.
20. WIDAL. *Una osservazione di febbre tifoide con emiplegia brachiale destra.* Nouveau Montpellier méd., 27 nov. 1898.
21. VULPIAN. Cit. da RATTONE. Revue de Medecine, 1884.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE PSICHIATRICO PROVINCIALE DI BOLOGNA.

Ancora la prevenzione delle neuropatie sifilitiche parenchimali.

Dott. G. PELLACANI, libero docente di neuropatologia e psichiatria nella R. Università.

Guarite le manifestazioni sifilitiche secondarie, e gli eventuali accidenti terziari, riacquistata la salute e floridezza, i malati si ritengono definitivamente guariti; ed anche i medici, eseguite per gli anni di uso le usuali serie mercurio-arsenicali, convalidano generalmente tale opinione. Tutto al più vien consigliato di eseguire di quando in quando qualche Wassermann nel sangue, cure iodiche, qualche serie mercuriale o arsenicale: ma se la Wassermann si mantiene negativa, la guarigione definitiva è ritenuta accertata. Invece, pur con Wassermann costantemente negativa nel sangue, vi è una localizzazione che può rimanere, e non di rado rimane, del tutto subdola e ignorata. Molto frequente nel periodo secondario, essa a volte non si estingue con esso, ma prosegue cronicamente pur senza dare alcun sentore sintomatologico di sè, rappresentando quasi un genio malefico, del tutto sconosciuto e latente; ma quando tardivamente si manifesterà, i suoi segni avranno un significato terribile, generalmente irreparabile; preluderanno lo sfacelo progressivo delle più essenziali ed alte funzioni della personalità fisiopsichica, preannuncieranno la morte. Alludo alla localizzazione meningea, che può permanere blanda, subdola, ignorata per dei lustri; e prelude sempre l'aggressione del parenchima cerebro-spinale da parte della infezione.

Nei primissimi anni di questo secolo, per merito specialmente di Widal e della sua scuola (Sicard, Lémierre, Ravaut, Monod, Milian, Crouzon, ecc.) è stato dimostrato come nel periodo secondario, di generalizzazione della infezione, la localizzazione meningea sia, con quella cutanea, assai comune e di gran lunga

la più frequente: recettività meningea verso il virus sifilitico che è stata paragonata a quella del sistema cutaneo, e spiegata con la dimostrazione (Brissaud) della origine e natura della membrana sotto-aracnoidea.

Prima dell'avvento della Wassermann e delle altre reazioni biologiche e chimiche del Liquor, la linfocitosi, rilevata da Widal, ha svelato nel corso della infezione sifilitica la meningite sovente non ben netta ed evidente, che la sintomatologia clinica non poteva dimostrare: ed anche ha dato la spiegazione di vari sintomi a carico del sistema nervoso nel periodo secondario, e che prima di allora erano stati variamente interpretati: esagerazione dei riflessi tendinei, analgesie e anestesie sifilitiche (Fournier), paresi di nervi cranici, sintomi variabili a carico della pupilla (1), del fondo dell'occhio: e altri sintomi assai comuni sino dalle prime settimane della infezione: quali cefalea, vertigini, ottundimento sensoriale, parestesie. La comunissima natura meningea di tali affezioni nervose nell'infezione sifilitica fu appunto dimostrata con la citodiagnosi nel Liquor dalla scuola di Widal: e fu da allora scientificamente acquisito che accanto alle meningiti gravi iperplastiche, e sintomatologia ben manifesta, esistono, e sono di gran lunga più comuni, le blande reazioni meningee, con sintomi clinici lievi, variabili, transitori: ovvero decorrenti spesso del tutto subdolamente. Le statistiche di Ravaut e Thibierge e Ravaut e Bellètre si aggirano nella proporzione del 40 % di reperti positivi nel Liquor su parecchie centinaia di sifilitici esaminati nel periodo secondario, *non presentanti sintomi rilevabili a carico del sistema nervoso.*

Successivamente al reperto della pleocitosi nel sedimento, l'acquisto della Wassermann, le reazioni delle globuline (Nonne-Apelt, Pandy, Nagouchi-Moore), l'aumentato tasso di albumina, hanno costituito una precisa sindrome umorale per la diagnosi della meningite sifilitica, anche latente. Questi mezzi si sono poi di recente ancora maggiormente arricchiti con la reazione del benzoino-colloidale (Guillain), del mastice, la Veichbrodt, ecc.

Con l'acquisto della su accennata sindrome del Liquor, furono meglio comprovati i risultati già ottenuti dalla scuola di Widal con la sola linfocitosi: nel senso della frequente constatazione dei reperti specifici di meningite in stadî del tutto precoci (Levaditi, Ravaut, Yamanouchi); ed anzi Pette in più della metà dei casi ne osservò la comparsa nei primi sei mesi dopo l'infezione. Pilcz, aiuto della Clinica Psichiatrica di Vienna, pubblicò nel 1913 una statistica comprovante la sindrome meningitica nel Liquor dal 40 al 50 % dei sifilitici secondari esaminati. Anche recentemente altri ricercatori, come Hauptmann e Pellacani, hanno comprovato questi reperti.

Con ciò l'attributo *precoce*, che era comunemente assegnato alla sifilide cerebrale del periodo secondario, non ha ragione di persistere, da quando è stato dimostrato che la precocità è carattere generale della più comune affezione meningea: la quale precede le accensioni iperplastiche meningee, e precede e accompagna le altre affezioni neuro-sifilitiche interstiziali (endoarterite, gomme), e così pure le affezioni parenchimali tabo-paralitiche dei periodi più tardivi. Così, almeno per quanto riguarda questa più comune localizzazione meningea, cade l'altro aggettivo di *maligna* generalmente attribuito alla sifilide cerebrale (*sifilide cerebrale precoce e maligna*), da che l'acquisto degli arsenobenzoli, e specialmente del neosalvarsan, ha portato ai risultati ordinari di guarigione, e talora rapidissima, di tali affezioni nervose non parenchimali, e delle meningi in ispecie.

Una precisa statistica di Pilcz e Mattauschek rileva che, su 4134 ufficiali austriaci sifilitici, ne ammalarono di tabe o paralisi 193, cioè il 4,67 %: altre statistiche berlinesi si aggirano dal 6 al 7 %. Risulta quindi che una buona percentuale delle meningiti secondarie si estingue: ma nel 15-20 % esse sono prodromiche delle forme parenchimali più tardive.

Da questi fatti che dimostrano: 1) che la meningite sifilitica, spesso del tutto subdola e ignorata, è affezione tutt'altro che rara fino dal periodo di generalizzazione dell'infezione; 2) che essa, scomparso ogni sintomo somatico e sierologico di sifilide, non raramente persiste cronicamente, per anni e per lustri, con focolai di lieve flogosi cronica, pur senza dare alcun sentore clinico di sè, e non è rilevabile dai mezzi siero-diagnostici, ma solo rilevabile dalla specifica sindrome diagnostica del Liquor; 3) che è dessa che prelude e prepara le affezioni neuro-interstiziali secondarie e terziarie, e, peggio ancora, segna il punto di partenza delle lente, tenui flogosi che si addentrano cronicamente nel parenchima nervoso a costi-

---

(1) Recentemente DREYFUS (*Isolierte Pupillen-Störungen U. Liquor cerebro-spinalis.* Münch. med. Woch., 1922, pag. 405) coi metodi odierni di diagnosi del Liquor, su 107 luetici presentanti quali unici sintomi patologici quelli pupillari, in 71 riscontrò il reperto della meningite sifilitica. In 17 di questi, la *Wassermann nel sangue era completamente negativa*: e sopra 41 seguiti a lungo, si ebbero 11 esiti in paralisi progressiva, 9 in tabe, 6 in lue cerebro-spinale.

tuire le gravissime encefaliti e mieliti, a carattere degenerativo sistematico e progressivo, proprie generalmente dei periodi più tardivi; 4) che di contro al decorso fatalmente progressivo e alla prognosi infausta che queste forme parenchimali ancora comportano, non appena abbiano dato sentore clinico di sè, sta la relativa facilità e rapidità di guarigione della primitiva sindrome meningea, specialmente dopo i progressi che la terapia odierna ha realizzato con gli arsenobenzoli; da tutto ciò discende che, di fronte alla gravità del danno individuale e sociale che presentano le due grandi affezioni neuroluetiche parenchimali, la medicina moderna possiede bensì armi adatte per combatterle ed anzi per debellarle: ma le armi, validissime, sono di ordine preventivo, non curativo. La medicina moderna può facilmente, con la sindrome diagnostica del Liquor, scoprire precocemente la meningite che può essere prodromica di una tabe o di una paralisi progressiva; ed in tale stadio primitivo può, coi suoi mezzi terapeutici, vincerla completamente e rapidamente.

Vi è dunque tutta una profilassi da compiere, e che troppo si tarda a compiere, in rapporto alla speciale localizzazione della infezione luetica nei centri nervosi: e consiste nella ricerca e nel controllo della sindrome umorale della meningite sifilitica nel Liquor, quando dall'andamento dei sintomi clinici, dalla intensità e durata delle cure eseguite, dalle reazioni sierologiche permanentemente negative, si ritiene giustificato il giudizio di guarigione della sepsi treponemica e sue localizzazioni somatiche. Ritenere completamente vinta l'infezione, come si fa ora generalmente, quando si effettuano queste condizioni, senza verificare la possibile persistenza di una sifilide meningea latente, può rappresentare una trascuratezza gravissima in rapporto alla salute del malato ed alla profilassi sociale. Tanto più che l'osservazione clinica è assai concorde nel rilevare che sono appunto le sifilidi più benigne nelle fasi somatiche e secondarie, e quindi di più facile guarigione apparente, quelle che poi danno con maggior frequenza le gravi malattie parenchimali dei centri nervosi.

La modalità di questa cura preventiva può dunque indicarsi così: sicuramente e stabilmente scomparsa ogni manifestazione clinica e sierologica di sifilide, dopo i trattamenti e controlli adeguati a far ritenere giustificato un giudizio di guarigione, eseguire la prova della riattivazione col metodo Milian; seguìta da una sieroreazione. Solo se questa è negativa, è la volta della puntura lombare. E se da essa viene così svelata una sifilide meningea, ciò avviene in un periodo abbastanza precoce perchè la subdola flogosi sia ben aggredibile con un intenso trattamento che va immediatamente ripreso: e possa in tal modo venir completata la sterilizzazione dell'organismo di fronte alla possibilità delle neuropatie tardive.

Per la loro frequenza ed estrema gravità, per il fatto di colpire di preferenza le razze più civili e gli individui delle classi sociali più colte (è il *surmenage* nervoso una occasione di morbilità?), per il contagio e la eredità similare della neuro-sifilide che a taluno appaiono dimostrati (1), è manifesta l'importanza di tale terapia preventiva per la neurologia e psichiatria, per la medicina sociale e la eugenica. È triste, ma doveroso, dover constatare che la pregressa negligenza terapeutica è da imputarsi nella massima parte dei paralitici che vengono a morire nei nostri Ospedali, in una media annuale che varia dal 12 al 20 % della mortalità generale. La terapia della loro infezione è stata spesso del tutto insufficiente per modalità e durata, e quasi di regola negligente di ogni controllo, sia pure solo sierologico. Potrei citare numerose famiglie private del loro sostegno, ridotte nelle più dolorose condizioni, certamente per un trattamento del tutto inadeguato cui è stato sottoposto il loro capo, quando ha avuto la disgrazia di imbattersi nella sifilide. Spesso poche iniezioni di calomelano, al sopravvenire dei sintomi secondari; e poi, passati questi, affidato al destino, o meglio alla meningo-encefalite cronica. Occorre dunque insistere tenacemente su questa necessità di profilassi generale della sifilide e di specifica prevenzione delle neuropatie luetiche parenchimali, e diffonderla fra i medici e in ogni classe sociale.

---

(1) V. KOHEN. *Fréquence de la contagion et de l'hérédité similaires dans le tabes et la paralysie générale*. Archives de Neurologie, 1921, n. 11-12.

SUNTI E RASSEGNE.

DIAGNOSTICA.

La diagnosi delle malattie del pancreas.

(KARL GLAESSNER. *Klinische Wochenschrift*, 26 febbraio 1924, pag. 363).

La diagnosi delle malattie del pancreas si basa: *a*) sull'esame clinico; *b*) sulla ricerca dei prodotti di secrezione interna ed esterna della ghiandola.

Dal lato *anamnestico* hanno importanza la tubercolosi, la sifilide e la dissenteria (Glaessner). E bene tener presente che la colelitiasi cronica è l'ulcera dello stomaco possono accompagnarsi a pancreatite; che lo sviluppo rapido di una grossa intumescenza addominale depone per una cisti; che l'ittero e l'astenia parlano per un cancro del pancreas; che gli obesi vanno soggetti a necrosi del pancreas, ecc.

Il *dolore* pancreatico è mediano, a decorso trasversale, tipo colico, violentissimo con irradiazioni a sinistra verso l'arcata costale, la colonna vertebrale, la scapola. Il Körte però raccomanda di non fidarsi di questo sintomo se conteporaneamente non coesiste un tumore del pancreas; cosa che non è sempre facile accertare, neanche con il sussidio della radiografia.

Caratteristico è *l'ittero* bronzino melanotico, intenso dei pancreatici, sopratutto quando si accompagna ad ingrandimento della cistifellea. Il Bruine Groeneweldt ed il Turner recentemente hanno notato un nuovo segno clinico della pancrátite acuta: colorazione locale della pelle dell'addome, come una chiazza viola-verdognola chiara, intorno all'ombelico e vicino ai lombi, che poco per volta scompare.

Anche recentemente il Falkenhausen ha notato che gli stimoli portati sulla mucosa del coledoco per riflesso inibiscono la secrezione pancreatica.

Nello studio di disturbi di secrezione del pancreas ha valore non un solo sintomo, ma l'insieme dei sintomi.

I disturbi della *secrezione esterna* riguardano le feci e si riassumono nei termini: *creatorrea, steatorrea, per turbamento della digestione delle sostanze albuminose*.

L'argomento della creatorrea, studiato sopratutto dalla scuola di Schmidt ha come base ricerche non di uso corrente, perchè difficili e soggette ad errori (ricerca delle fibre mnscolari non modificate, prova dei nuclei).

La steatorrea ha grande importanza se non coesiste itterizia: le vere feci butirrose dopo copiosa ingestione di burro si trovano con una certa frequenta nei casi di calcolosi del pancreas, con lues del paziente e nei tumori pancreatici. In condizioni normali si assorbe il 95% dei grassi: nelle malattie del pancreas se ne assorbe il 70 %: nelle estirpazioni parziali il 51%.

La comparsa di calcoli del pancreas nelle feci è di grandissima e decisiva importanza: sono numerosi, piccoli quanto un grano di miglio, cilindrici, ovali, squadrati, di color porcellana o bianco-grigi, formati da Carbonato di Ca o da Fosfocarbonato acido di Ca.

Importante sarebbe la dimostrazione nelle feci della diastasi e della tripsina: ma questa viene facilmente distrutta nelle feci per opera delle fermentazioni acide o per assorbimento.

Il sondaggio duodenale invece permette l'esame diretto del succo pancreatico, con la sonda di Einhorn munita di una pesante oliva di bronzo ben fenestrata ai lati.

Il malato la inghiotte fino al segno n. 2, e giace sul fianco D, con il bacino molto sollevato ed il capo basso.

Katsch e Friedrich hanno trovato che l'etere (2 cc.) eccita la secrezione del succo: lo stesso si ottiene introducendo nel duodeno degli acidi biliari.

Una volta ottenuto il secreto pancreatico, su di esso si ricercano la ***tripsina*** con il metodo di Gross e Michaelis; la *diastasi* con il metodo di Wolgemuth; il *fermento lipolitico* con il metodo di Volhard. nelle affezioni pancreatiche la tripsina per lo più manca o è diminuita di quantità mentre l'amilasi è presente.

In un certo numero di casi, se non in tutti anche la secrezione interna del pancreas è alterata: e queste alterazioni si rivelano con la glicosuria spontanea, con la glicosuria alimentare e con i disturbi a tipo diabetico.

In fine si ricorda il *sintomo di Cammidge* (dimostrazione nelle orine di una sostanza simile a destrina): il sintomo di Lörvi (midriasi in seguito ad istillazione di due gocce di adrenalina 1%) ed il tentativo di Parneth e Dodd di studiare la secrezione del pancreas attraverso l'osservazione della tensione alveolare dell'acido carbonico. PERSIA.

TERAPIA.

L'anestesia paravertebrale per la cura dei dolori viscerali.

(BRUNN e MENDL. *Wiener Klin. Wochenschrift*, vol. XXXVII, n. 21, 1924).

L'anestesia paravertebrale fu introdotta da Laewen, Kappis, Finsterer nel novero delle varie modalità delle anestesie per le operazioni addominali. Ma a prescindere dalle difficoltà tecniche, tormentose per il paziente (occorrono parecchie punture bilaterali dall'altezza del 6° segmento dorsale fino al 3°-4° lombare);

esiste il pericolo di oltrepassare la tolleranza individuale: per questo molti autori hanno notevolmente ristretto il loro campo. Laewen nel 1922-23 ebbe l'idea di un'altra applicazione e si servì delle iniezioni paravertebrali a scopo diagnostico. L'anestetico agisce sul ramo comunicante di un segmento prestabilito, bloccando in tal modo la conduzione della sensibilità verso un organo addominale corrispondente. Laewen interruppe delle coliche epatiche iniettando 5-10 cmc. di una soluzione al 2 % di novocaina in corrispondenza del 10° segmento dorsale destro. Meno efficace si dimostrò il metodo contro i dolori appendicolari e contro quelli da processi ulcerativi dello stomaco, un po' più nelle coliche renali. Non solo, ma con il sussidio dell'anestesia paravertebrale si riusciva spesso a palpare dei tumori, che prima, per la difesa delle pareti addominali non era possibile apprezzare: con il rilasciamento muscolare la ricerca diveniva possibile.

Laewen ha proposto ancora l'anestesia paravertebrale per combattere il dolore dopo gli interventi e sostiene che la respirazione e la espettorazione si compiono meglio dopo l'anestesia paravertebrale praticata in corrispondenza dei segmenti dorsali. Kappis e Gerlach hanno poi confermato i risultati di Laewen, ma si sono serviti di quantità maggiori di una soluzione più diluita (0,5 %) di novocaina e affermano di servirsi con successo della a. p. nella diagnosi differenziale fra lesioni gastriche ed epatiche. Per l'esecuzione dell'anestesia dell'a. p. si può adoperare una soluzione al 0,5 % di novocaina, di cui servono 15 cmc., ed una siringa con un ago sottile lungo 10 cm. Kaspar consiglia di eseguire una piccola incisione nel punto dell'iniezione affinchè l'infissione dell'ago riesca meno dolorosa. L'ago viene infisso a tre cm. dalla linea mediana, o meglio dall'apofisi spinosa in corrispondenza della quale si pratica l'iniezione.

È consigliabile contare le apofisi spinose dall'alto in basso, ciò che talora riesce difficile sopratutto negli obesi: in questi casi bisogna praticare delle conte di controllo. A seconda lo spessore delle pareti si giunge ad una profondità variabile da 3 a 6 cm. sul processo trasverso, di cui bisogna ben stabilire il margine superiore. In corrispondenza della metà inferiore della colonna dorsale il processo spinoso di una vertebra corrisponde al processo trasverso di quella immediatamente seguente: e questa è una regola che va sempre ricordata nella determinazione dell'altezza dei vari segmenti nervosi. Resisi ben conto di tale punto di repere occorre inclinare l'ago di 20°-30° rispetto all'asse della colonna vertebrale e procedere per altri 2-3 cm. in profondità: poi si inietta l'anestetico, interrompendosi ogni tanto ed assicurandosi di non essere nello speco vertebrale o in qualche vaso. Tralasciando queste precauzioni si possono determinare gravi accidenti (Iniezione nel midollo! ecc.) Il timore dell'assorbimento della novocaina, più facile in vicinanza del midollo che altrove è trascurabile per la quantità modesta del liquido usato. Gli insuccessi si debbono quindi per lo più ad errori di tecnica che ad anomalie di innervazione.

Nella colelitiasi il metodo riesce bene. È pur vero, che partendo dal concetto che nelle coliche epatiche si abbia a che fare, spesso. con degli spasmi della muscolare è stata tentata e con successo la somministrazione endovenosa di antispastici (ad es. la troparina, miscela di novatropina e papaverina), ma quando si tratta di cistifellee distese non si può più calcolare sull'efficacia di un medicamento agente sulla muscolatura liscia. In tal caso riesce ancora efficace la morfina: purtroppo esiste allora il pericolo della morfinomania o per lo meno invece di impedire si facilita il vomito. Si può ricorrere allora alla a. p. Durante la iniezione praticata in genere all'altezza della 9ª dorsale destra i pazienti si lamentano di un dolore puntorio sotto l'arcata costale corrispondente. Ma dopo alcuni secondi il dolore scompare. I pazienti stanno bene per alcune settimane. Gli attacchi dolorosi si diradano. Ugual successo si può vantare nella colica renale, iniettando l'anestetico a livello della 12ª dorsale. Kappis riuscì ad interrompere, mediante l'a. p., un'anuria riflessa e a ripristinare la diuresi.

Nelle affezioni acute nelle quali per l'interruzione dell'arco riflesso si potrebbe abolire sia pure temporaneamente la contrattura delle pareti è meglio non servirsi di questo metodo, poichè il vantaggio di una migliore palpazione verrebbe ripagato con la rinuncia ad un possibile sintomo importantissimo e così prezioso come è la difesa.

In conclusione la a. p. è una conquista nuova della terapia non paragonabile all'efficacia di un'iniezione sottocutanea di un analgesico perchè diversa per la sede della sua azione (sul ramo comunicante ganglio e nervo spinale) e per la sua durata.

Nell'angina di petto e nell'aortalgia si può procedere con cautela all'a. p. eseguendo la iniezione in corrispondenza non delle ultime cervicali come Kappis, ma delle prime quattro dorsali. Di queste va evitata la 4ª radice dorsale l'iniezione della quale è legata al manifestarsi di curiosi, ma temibili fenomeni e cioè: febbre per la durata di circa 8 ore a datare da 1 ora dalla iniezione, tosse con dispnea.

Sono tutti disturbi riferibili ad un'azione riflettentesi sulla muscolatura dei broncocostrittori ad una prevalenza cioè del X.

La durata dell'azione dell'a. p. è più o meno lunga, ma sempre evidente e non paragonabile neppure all'azione della sezione del n. intercostale, all'esterno del ramo comunicante. E un vero blocco del simpatico e trova il suo corrispondente nelle operazioni di Tuffier e Jonnescu ad es. nei riguardi del simpatico cervicale: forse la sua azione si manifesta sui vasocostrittori. Kappis ed altri hanno dimostrato come le nostre conoscenze sull'angina di petto siano molto frammentarie e come se i più svariati interventi hanno tutti da vantare qualche successo furono la cagione anche di esiti infausti.

Per questa ragione la a. p. è opportuno sia sottoposta al vaglio della esperienza essendo assai meno pericolosa di un intervento e verosimilmente logica data e concessa la sua azione sui vasocostrittori. Si intende come si può e si deve ricorrervi solo dopo aver inutilmente sperimentato tutti i metodi suggeriti dalla medicina interna. M. E.

Azione curativa dell'anestesia spinale nell'occlusione intestinale.

(COTTE. *Lyon Chir.*, n. 1, 1924).

L'A. riferisce alla Soc. de Chir. de Lyon una osservazione di Bonniot: in una donna di 68 anni in occlusione intestinale completa Bonniot pratica una rachianestesia con 8 ctgr. di scurocaina allo scopo di eseguire un semplice ano cecale, date le gravi condizioni dell'inferma che non avrebbero permesso un'esplorazione del ventre. Appena un minuto dopo la iniezione nel rachide l'inferma ebbe un'abbondante scarica, alla quale altre ne seguirono, tanto che in pochi minuti l'addome divenne piatto, molle e l'A. potè rimandare l'operazione. Il giorno successivo ricomparvero i sintomi di occlusione, ma lo stato dell'inferma era talmente migliorato, che l'A. potè praticare una laparotomia, esplorare bene il ventre e togliere alcune briglie epiploiche, che erano la causa dell'occlusione. L'inferma guarì.

Bonniot ricorda un caso analogo da lui osservato in un vecchio in occlusione completa per un epitelioma del colon, nel quale pure si ebbe una scarica abbondante a seguito dell'anestesia spinale.

Quanto alla spiegazione del fatto, Bonniot crede si possa pensare o che l'anestesia sopprima uno spasmo che rende assoluta un'occlusione organicamente incompleta, oppure che nel midollo e nei gangli simpatici esistano dei centri eccito-motori e inibitori, con predominanza probabile degli elementi eccito-motori nei centri ganglionari e di elementi inibitori dei centri midollari. Sotto l'influenza della rachianestesia le contrazioni peristaltiche diverrebbero più intense in quanto verrebbe a cessare l'influenza moderatrice dei centri midollari.

C'è da chiedersi se questi effetti della rachianestesia sieno da mettere a profitto in casi gravi di occlusione. Bonniot non crede, data la scarsità delle sue osservazioni, di poter dare conclusioni sicure, però pensa sia bene ricorrere all'anestesia lombare, che, se senza effetto, non ritarderà l'intervento; se efficace, potrà permettere di sostituire ad una operazione d'urgenza una terapeutica più tardiva, ma più completa.

Leriche ha osservato anch'egli che è molto frequente in ammalati in occlusione che la rachianestesia provochi un'abbondante evacuazione e faccia scomparire il meteorismo. Però non crede che questo fatto autorizzi a rimandare l'intervento, perchè a lui è accaduto in due casi, che riferisce, di soprassedere all'operazione e di perdere gli ammalati per il ritardo frapposto all'atto operativo.

G. MATRONOLA.

Il trattamento chirurgico dell'angina pectoris.

(F. SÉNÈQUE. *Presse Médicale*, 23 febbraio 1924).

Arditamente proposto da François Franck fin dal 1899, il trattamento chirurgico dell'angina pectoris è stato realizzato per la prima volta da Jonnesco nel 1916. Da allora si sono fatti, secondo la statistica dell'A., 23 interventi, ricorrendo talvolta ad operazioni assai complesse che possono riportarsi a tre grandi gruppi, e cioè: 1) Interventi sul simpatico; 2) Interventi sul pneumogastrico o sulle sue branche; 3) Resezione combinata di tutte le vie nervose simpatiche al collo.

Gli interventi sul simpatico sono stati diversi: ablazione isolata del ganglio superiore e medio con il connettivo intermediario, ablazione isolata dei gangli medio ed inferiore, aggiungendovi il primo od il secondo toracico, resezione unilaterale completa della catena cervicale dalla base del cranio, dal ganglio cervicale superiore al secondo toracico. Gli interventi sono stati unilaterali, a sinistra (ad eccezione di un caso in cui venne asportato il ganglio cervicale superiore destro, perchè il malato presentava irradiazioni dolorose a destra) o bilaterali. Varii sono stati i modi di anestesia, preferendosi da Jonnesco la rachianestesia, da altri l'etere.

Come vie d'accesso, si è utilizzata quella presterno-mastoidea e quella retrosterno-mastoidea. È certo che per raggiungere la parte inferiore della catena simpatica, e penetrare nel-

la regione clavi-costo-vertebrale, si deve incidere sul margine posteriore del muscolo. Talvolta è difficile isolare l'arteria tiroidea media dal plesso simpatico che la circonda e costituisce in questo punto il ganglio cervicale medio, sicchè in qualche caso la sezione dell'arteria venne fatta deliberatamente. Per raggiungere l'ultimo ganglio cervicale ed il primo toracico, occorre essere bene in luce ed a tale scopo ci si deve servire di ampii divaricatori, poichè si lavora in una regione assai pericolosa in cui il cordone simpatico deve servire da guida. Lo stesso Jonnesco riconosce che sul principio vi furono diversi incidenti operatorii, quali la ferita o la rottura della vena o dell'arteria vertebrale, dell'intercostale superiore, della giugulare posteriore od anche della volta pleurica. Non è segnalata la lesione del dotto toracico.

Questa via d'accesso però, se è logica per la parte inferiore del cordone, non lo è altrettanto per la parte superiore, in cui la sezione sistematica delle branche del plesso cervicale superficiale costituisce uno dei tempi operatorii e si incontrano forti aderenze al margine posteriore dello sterno-cleido mastoideo. Per evitare tali aderenze e la branca esterna dello spinale, Jonnesco consiglia di fendere il muscolo parallelamente alle fibre e penetrare così a traverso una bottoniera muscolare. In considerazione di tali inconvenienti, alcuni operatori preferiscono la via presterno-mastoidea, con la quale però si arriva bene al ganglio cervicale superiore, ma non si può andare oltre il medio.

Gli interventi sul pneumogastrico sono stati proposti ed eseguiti da Eppinger e Hofer. Scopo di essi è la sezione uni- o bilaterale del nervo depressore di Ludwig-Cyon. Occorre una dissezione molto minuziosa della regione cervicale ed i due autori preconizzano la sezione dei rami che, distaccati dal laringeo superiore o dal pneumogastrico, penetrano liberamente nella cavità toracica. Essi preconizzano anche la sezione sistematica del grande ipoglosso e considerano anche quella del pneumogastrico, se non si trova il depressore. È necessario però far rilevare che il nervo depressore, se è bene isolato nel cane, non lo è altrettanto nell'uomo in cui le fibre camminano talora nel tronco del pneumogastrico. Si devono quindi fare delle serie riserve dal punto di vista anatomico su questa operazione e, leggendo i resoconti degli interventi, si possono elevare serii dubbi sulla natura dei filetti nervosi tagliati. Dal punto di vista fisiologico poi, se si ammette che realmente sia stato sezionato il depressore, si arriva alla conclusione che la sezione di due nervi antagonistici produce gli stessi effetti. Questo in verità potrebbe trovare la spiegazione nel fatto che esiste un'importante anastomosi tra il simpatico ed il pneumogastrico alla base del cranio e che dei filetti antagonistici possono camminare nello stesso nervo.

Brünning ha infine preconizzato la resezione combinata di tutte le vie nervose simpatiche del collo e cioè: l'estirpazione del cordone simpatico con i gangli superiore, medio, inferiore e stellare, la simpaticectomia pericarotidea per un'estensione di 5 cm. e la simpaticectomia periarteriosa dell'arteria vertebrale. Quest'ultimo tempo non è certo di facile esecuzione e lo stesso Brünning riconosce che ha dovuto talora rinunziarvi; inoltre non sembra proprio molto indicato di andare a grattare nelle vicinanze dell'arteria carotide primitiva proprio in individui anziani ed ateromatosi.

RISULTATI.

Sopra un totale di 23 casi, si trovano 5 morti nei giorni seguenti all'intervento, 4 dopo resezione del simpatico cervicale, 1 dopo quella bilaterale del depressore; in quest'ultimo caso, sette giorni dopo l'intervento, si ebbe paresi delle corde vocali, dapprima a sinistra poi a destra, con stenosi laringea. Fu praticata di urgenza la tracheotomia ed il malato morì al dodicesimo giorno.

Fra i rimanenti casi, si hanno notizie incomplete di sei; negli altri undici, si sono avuti due miglioramenti e nove guarigioni, considerando come tali quelle in cui i malati, che presentavano accessi quotidiani, sono rimasti almeno per tre mesi, taluni anche per anni, senza crisi dolorose. Essi comprendono tutti tre i tipi di intervento. Si ebbe dapprima la scomparsa completa dei fenomeni dolorosi a tipo di oppressione precordiale e dei dolori irradiati nell'arto superiore sinistro. Ma ciò che è assai interessante è l'effetto favorevole sull'apparecchio cardio-vascolare: regolarizzazione e diminuzione della tensione, scomparsa delle palpitazioni cardiache; la radioscopia inoltre ha dimostrato l'effetto benefico della simpaticectomia cervicale sull'ipertrofia cardiaca.

Da questi risultati favorevoli non si deve però concludere che il trattamento dell'angina pectoris sia diventato ormai chirurgico. Ad esso si potrà ricorrere solo quando i mezzi medici abbiano fallito, le crisi siano diventate frequenti ed esistano irradiazioni dolorose, talora assai penose per il malato, nell'arto superiore sinistro. L'età del malato e l'esistenza di lesioni polmonari e soprattutto cardiache (stato di iposistolia) costituiranno spesso delle controindicazioni formali.

Per quanto riguarda il modo di intervento

sarebbero da escludersi la resezione del depressore e quella combinata di Brünning. La simpaticectomia cervicale sembra l'intervento più logico ed appare sufficente anche se unilaterale. In generale, le resezioni parziali alte hanno dato risultati più incostanti che la resezione totale, che appare quindi preferibile. Ma ci si può porre la domanda se le semplici resezioni basse, dal ganglio cervicale medio a quello stellare, o più semplicemente ancora dell'ultimo cervicale e del primo toracico non darebbero risultati altrettanto buoni. In ogni caso, la resezione bassa sembra più logica che quella alta. I risultati lontani ci mostreranno il valore di questi interventi e forse sarà necessario procedere a nuove ricerche fisiologiche sui nervi cardiaci e sui centri gangliari inferiori.

FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

M. PERRIN e A. HANNS. *Les sécretions internes, leur influence sur le sang*. Baillière, éditeur, Paris. Fr. 12.

Lavoro sintetico, nel quale la competenza degli autori è già nota; il sangue, che sfugge forse completamente all'azione regolatrice del sistema nervoso, non sfugge all'azione di sesecrezione delle glandule dell'organismo; i tessuti ematopojetici attraverso il messaggero sanguigno s'influenzano reciprocamente. Con ogni verosimiglianza la regolazione nella ontogenesi, regolazione di proporzione e di qualità, il mantenimento della crasi, che presuppone funzioni regolate da stimoli e da freni, è influenzato dalle glandule a secrezione interna, dai messaggeri chimici, che i tessuti mandano agli organi ematopojetici. Questa direttiva induce gli autori ad esaminare tutte le influenze partitamente, raccogliendo così un materiale prezioso ed utile allo studioso.

Se le conclusioni non possono essere particolarmente precise in un tema tanto difficile e complesso quale è quello delle secrezioni interne, di cui lo studio partito offre delle difficoltà di esperimento finora insuperate, le conclusioni generali sono ben nette e promettono che qualche spiraglio di luce possa derivarne nello studio dell'influenza delle disarmonie glandulari sulla crasi sanguigna.

T. PONTANO.

C. COLBERT. *Le traitement de la tuberculose pulmonaire en clientèle*. — Maloine, Paris. — Frs. 40.

Libro per il pratico, ideato e portato a compimento da un pratico: si potrebbe prevedere un volume carico di ricette più o meno sesquipedali, che costituiscono sempre l'aspirazione della categoria dei medici ricettisti: il pratico parla ai pratici invece, armato di buon senso e illuminato da una esperienza razionale, che sa portare la giusta parola a proposito di ogni mezzo terapeutico. Nel breve volume si trova con parca parola riunito quanto di meglio la tisiologia moderna consiglia in favore della forma più comune di tubercolosi cronica, che si svolge a *poussées* o verso la guarigione o verso l'esito fatale. Il libro di questo pratico, che parla ai pratici, sarà di grande vantaggio se sarà letto e seguito; l'importanza della cura climatica, della cura dell'aria, dell'alimentazione, la giusta considerazione delle terapie medicamentose e delle terapie considerate come specifiche, daranno una guida utile ad evitare se non altro che i malati di tubercolosi divengano delle povere farmacie ambulanti, assoggettati ai più ingrati odori e sapori.

T. PONTANO.

M. LA TORRE. *Encefalite epidemica con speciale riguardo alle sue manifestazioni tardive*. Sassari, Stamperia della L. I. S.

È un volume di circa 400 pagine con bibliografia ricca, in cui l'A. dopo avere dato una rivista dello stato attuale delle conoscenze sulla storia, sulle ricerche sperimentali, sulla parte clinica della encefalite epidemica, porta un contributo personale sulle manifestazioni tardive e sulle forme croniche della malattia. Anche su questa 2ª parte le nozioni attuali sono con chiarezza riportate e con giudizio discusse.

Questo lavoro sintetico e il contributo personale vengono a buon punto quando la produzione italiana sull'argomento aveva bisogno di essere raccolta e vagliata.

T. PONTANO.

CHAUVOIS L. *Les désanglés du ventre*. — Maloine, éd. Paris. — Frs. 8.

È un libro di popolarizzazione, nel quale lo scopo è raggiunto meglio con le figure che con lunghe disquisizioni, per mostrare tutta l'importanza della ptosi viscerale, e i mezzi per correggere e prevenire questa infermità, causa di gravi ripercussioni sulla salute generale.

Il confronto tra i tipi normali e i patologici per mezzo di figure, che, quando occorre, sono delle vere sezioni in trasparenza, rende anche più facile la comprensione del pensiero dell'A.

T. P.

L. DARTIGUES. *Silhouettes médico-chirurgicales.* Premiere Série, 1 vol. in-4°, di pag. 115, con numerose tavole. Parigi, 1923. « L'Expansion Scientifique Française », editrice. Prezzo fr. 10.

Si tratta di una galleria di nuovo genere, costituita da una trentina di caricature tracciate dall'illustre chirurgo di Parigi — al quale dobbiamo nuovi processi tecnici negli interventi addominali ed alcuni strumenti nuovi utilissimi.

I « croquis » sono accompagnati dai ritratti in fotografia e da cenni biografici umoristici.

Il Dartigues si rivela un caricaturista felice. Egli non è mai malevolo o mordace e neppure volgare o sciatto in questo suo virtuosismo. Pur troppo, molta parte della sua *verve* e del suo *humour* sfuggono a chi vive lontano dall'ambiente parigino. R. B.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 14 marzo 1924.

Osservazioni istologiche su aree di cute sana di ammalati affetti da dermatosi varie.

CAPPELLI. — Riferisce i risultati di numerose osservazioni istologiche fatte su aree sane di pelle in individui affetti da dermatosi sifilitiche, tubercolari, leprose, ecc.

Sulle conseguenze dell'unione di un moncone nervoso centrale di piccolo calibro con un moncone periferico di grosso calibro.

MILONE. — Con ricerche eseguite su topi per mezzo di sutura di tronchi nervosi di diverso calibro, dimostra che esiste un'ampia possibilità di fornire estesi territori muscolari con nervi relativamente piccoli, ma che questa possibilità non è illimitata, e che il ripristino della funzione dei muscoli sta in rapporto con la quantità delle fibre del moncone nervoso prossimale.

Carcinoma basocellulare multiplo primitivo della pelle.

FERRARI. — Riferisce le sue osservazioni istologiche su di un caso in cui in parecchi punti della pelle distanti fra di loro si erano andati lentamente formando dei nodi di carcinoma baso-cellulare resistenti ai vari trattamenti ma tuttavia dimostranti una assai lieve malignità in quanto non si affondavano nè davano luogo a metastasi. Il nodo più antico datava da 18 anni

Seduta del 21 marzo 1924.

Di una voluminosa cisti dermoide del mediastino anteriore.

BOBBIO. — Descrive un caso di una grande cisti dermoide biloculare del mediastino anteriore, sviluppatasi in modo subdolo, con una concamerazione nel mediastino ed una seconda nel torace destro che si spingeva fra la pleura e il diaframma. Le due cisti comunicanti come risultò all'atto operativo erano del tutto extrapleuriche e contenevano in un liquido torbido, fortemente grasso, numerosi ciuffi di lunghi capelli biondi. La cisti venne marsupializzata e l'operato trattato come un fistolizzato toracico cronico.

GAMNA. — Rileva i sintomi clinici in base ai quali nel caso in questione potè essere fatta la diagnosi. Il liquido estratto conteneva molte goccicle di grasso piccole e grosse con scarsissimo numero di elementi cellulari: il contenuto in grasso non era influenzato dalla somministrazione di grassi per via orale. La diagnosi poi era appoggiata dal reperto radiologico che dimostrava la presenza di due livelli orizzontali paralleli di liquido, uno quasi mediano retrosternale, l'altro nel torace destro, al livello dell'VIII costa. Posto il p. in decubito laterale destro i due livelli si avvicinavano sensibilmente ed era possibile far passare il liquido dalla sacca superiore alla inferiore e viceversa. Mancava la febbre, qualunque reazione ematologica e lo stato generale del p. era relativamente poco interessato.

Sulla natura delle sostanze asmogene.

BASTAI. — Ha praticato numerose ricerche su di un individuo asmatico da emanazioni animali ed ipersensibile oltrechè all'estratto di peli anche al siero relativo giungendo ad importanti conclusioni sulle proprietà della sostanza attiva del siero e dell'estratto.

Nei riguardi dell'estratto di peli, l'O. ha rilevato che la sostanza attiva è solo aderente al pelo e non fa parte di esso potendo essere rimossa col lavaggio in acqua fredda o calda. Gli estratti conservano la loro attività anche se portati a 100°, possono essere essicati nel vuoto e poi ridisciolti in acqua e in alcool a 92°, non in alcool assoluto, etere o acetone.

Biologicamente le sostanze attive dell'estratto producono l'attacco asmatico e le caratteristiche cutireazioni. Sperimentalmente iniettando per due volte, a giorni alterni, estratti di pelo di cavallo in dosi fortissime (6-8 cc.) l'O. è riuscito a sensibilizzare le cavie di fronte non solo all'estratto ma anche di fronte al siero di cavallo.

Nei riguardi delle sostanze attive del siero, l'O. ha rilevato che il siero inoculato nell'uomo ipersensibile produce gravi fenomeni di chock anche in dosi assai piccole (cm. 0,6) ma non asma, anche se l'individuo è asmatico.

Le sostanze attive del siero resistono a 100° C. Dei componenti del sangue sono inattivi i globuli rossi, le globuline del siero e il fibrinogeno. Il siero può essere essicato senza perdere la sua attività ed essere ridisciolto in acqua, non in alcool a 92° o assoluto, in etere, in acetone

Sull'azione dell'adrenalina sul cuore isolato di rene.

CHIÒ. — Ha osservato colle sue esperienze che l'adrenalina a differenza dei digitalici e di altri farmaci che tendono a portare verso l'esagerazione della diastole e la diminuzione della frequenza, svolge invece un'azione che tende a portare verso l'ipersistolia e l'aumento della frequenza.

Sull'azione generale dei farmaci sul cuore.

CHIÒ. — Rileva che l'azione dei farmaci sugli organi a funzione automatica e presumibilmente su tutti i sistemi cellulari viventi deve essere studiata e spiegata sotto il punto di vista delle variazioni che i farmaci inducono nella velocità di spostamento di equilibri biochimici e conseguentemente nell'intensità del ricambio.

Le differenze che corrono fra gli effetti provocati dai diversi farmaci stanno nella loro capacità elettiva di azione sull'uno o l'altro tessuto, in base alle loro affinità chimiche con termini degli equilibri chimici e conseguentemente con la possibilità di spostarli più o meno facilmente e di stimolare con diverse attività il ricambio specifico.

L'elevatezza della funzione è in relazione collo stato dell'equilibrio biochimico cellulare; qualunque causa tenda ad allontanare l'equilibrio della stazionarietà favorisce la funzione, mentre le condizioni che tendono a stabilire stazionarietà la deprimono; la depressione è la diretta prosecuzione del movimento che ha provocato la esaltazione; molto probabilmente è una causa di depressione l'accumulo eccessivo dei prodotti del ricambio.

Sopra un metodo fisico di dimostrazione microscopica dei microrganismi.

DELPIANO. — Riferisce sopra un nuovo metodo semplicissimo di osservazione microscopica con speciale riguardo al «treponema pallidum».

Il materiale viene distribuito in sottile striscio sul vetrino portoggetti e lasciato asciugare all'aria. Si immerge poi il preparato in acqua per 5-10 minuti, poi si asciuga, si fissa alla fiamma e lo si ricopre senza interposizione di alcun liquido col copriogetti che si mantiene aderente mediante un poco di paraffina. Il treponema appare nettamente di colore grigio-scuro più o meno intenso sul fondo chiaro

PIETRO SISTO.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche.

Seduta ordinaria del 20 giugno 1924.

Presidenza: Prof. PASINI, presidente

Azione di antigene (di cuore di cavia) sullo sviluppo della reazione novocaino-formalinica.

COSTA R. — L'antigene di cuore di cavia, per sè solo, non dà reazione con la novococaina-formalina: ma aggiunto al sangue di ammalati può dare talora aumento, talora diminuzione di reazione. La reazione novococaina-formalinica parrebbe risultare dovuta all'unione di due corpi di cui uno è sostanza di difesa dell'organismo, l'altro una sostanza tossica, perchè l'unione delle due sostanze avvenga, sarebbe necessaria un'azione eccitatrice del siero. Negli ammalati di forma infettiva che reagiscono bene, nei quali vi è tendenza alla guarigione e dove si forma l'ascesso da fissazione con la trementina, la sostanza di difesa in parte è libera. Negli ammalati gravi e con tendenza alla prognosi infausta non si trova sostanza di difesa libera, essa anzi parrebbe in difetto e allora il prevalere della sostanza tossica tende ad abolire la reazione.

Ricerche comparative intorno all'azione di estratti placentari, ovarici e corpoluteinici sull'apparato sessuale femminile. (Nota II).

CERESOLI A. — L'azione ipertrofizzante sull'utero, sulla vagina, sulle ovaie e sulle mammelle di cavie giovani, determinata dagli estratti attivi di placenta umana a termine è superiore a quella che determinano gli estratti di ovaie di vacca private dei corpi lutei e gli estratti di corpo luteo di vacca. Le modificazioni istologiche degli organi genitali consistono nell'ipertrofia ed iperplasia della mucosa ed ipertrofia della muscolare della vagina e dell'utero; aumento di tessuto interstiziale e di follicoli atresici nelle ovaie; iperplasia ed ipertrofia degli acini e tuboli della ghiandola mammaria. In base a tali risultati ed a quelli ottenuti da altri autori, l'O. ritiene che anche alla placenta, nella produzione delle modificazioni gravidiche dell'apparato sessuale, sia riserbata una parte importante e che l'ipotesi di una secrezione endocrina placentare non sia priva di fondamento.

Il comportamento della tiroide e delle capsule surrenali nel trattamento con estratti placentari, ovarici e corpoluteinici. (Nota III).

CERESOLI A. — L'O. ha rilevato che gli estratti attivi di placenta umana a termine iniettati in cavie vergini e giovani, provocano un'evidente ipertrofia della tiroide, la quale presenta un notevole aumento del tessuto intervescicolare, dei granuli lipoidi e fusinofili, mentre le vescicole sono ampie e ripiene di colloide per lo più di aspetto denso. Gli estratti attivi di ovaie di vacca, private dei corpi lutei, esercitano invece scarsa azione ipertrofizzante: il tessuto intervescicolare subisce un lieve aumento. Gli estratti di corpo luteo di vacca sono inattivi. Nelle capsule surrenali di cavie trattate con estratti placentari, si osserva ipertrofia della zona corticale, ricchissima in lipoidi e in cellule siderofile di Ciaccio: cogli estratti ovarici e di corpo luteo si nota pure aumento dei lipoidi corticosurrenali, ma in grado assai minore. L'O. ritiene che gli estratti di placenta e di ovaio stimolino l'accrescimento e la secrezione della tiroide; la ipetrofia della corticosurrenale invece può essere interpretata come conseguenza dell'introduzione in circolo di lipoidi in eccesso che vengono immagazzinati nella corticosurrenale. Anche questi risultati depongono in favore dell'ipotesi della secrezione endocrina placentare.

Iniezioni di arsenobenzoli nella cura delle piodermiti gravi nei bambini debilitati.

AMBROSOLI G. A. — L'O. riferisce di numerosi casi di piodermiti gravi dei bambini debilitati (dermatosi che rivestono carattere di gravità, e per ostinata tendenza a ripetersi, e perchè inclini ad assumere un andamento distruttivo e terebrante, in conseguenza della diminuita resistenza dell'organismo, che si lascia passivamente invadere dai comuni germi della suppurazione o piococchi), curati con sieroterapia, vaccinoterapia, proteinoterapia, con iniezioni intradermiche di vaccini e di

sastanze proteiche. Da queste varie terapie ha ottenuto scarsi risultati. Ha ricorso allora alle iniezioni intramuscolari di arsenobenzoli (Neojacol I.S.M. in glicerina), colle quali ha sempre constatata una azione terapeutica manifesta sulla malattia, miglioramento dello stato generale del piccolo paziente, cessazione della invasione di nuovi elementi purulenti, tendenza a riparare delle lesioni esistenti, con guarigione di malati gravissimi, quasi disperati. Esclude per le ricerche eseguite che l'azione antisifilitica del medicamento possa avere avuto parte a spiegare i benefici effetti terapeutici, e ritiene che questi siano in rapporto alla azione ricostituente energica del preparato, che permette un rapido ripristino delle condizioni generali e contemporaneamente facilita la formazione di anticorpi da autovaccinazione che possono far fronte alla invadente infezione piogenica, d'altra parte alla ben nota azione modificatrice del preparato che può favorire una rapida riparazione dei tessuti ulcerati e distrutti.

Influssi del sistema nervoso e vegetativo e della fatica sulla recettività alle correnti elettriche.

AIELLO G. (in collaborazione con l'ing. E PUGNO VANONI). — L'O. rilevando la grande importanza dei fattori intrinseci al soggetto colpito nel determinismo dell'infortunistica delle correnti elettriche, esamina alcuni dei fattori d'influsso sulla recettività alle correnti e con esperienze su cavie sottoposte ad iniezioni di sostanze farmacodinamiche (adrenalina, atropina, pilocarpina, ecc.), e coll'affaticamento dimostra come tutte le cause che turbano l'equilibrio del sistema nervoso vegetativo fanno varie le recettività alle correnti. Particolarmente notevoli i risultati ottenuti coll'adrenalina (diminuzione della recettività) e coll'affaticamento (aumento della recettività). Le esperienze vennero eseguite, sia con corrente continua, che alternata, sottoponendo gli animali ad una differenza di potenziale gradualmente crescente, con un dispositivo che permetteva di conoscere quale frazione della tensione in volt passava nell'organismo in esame. In altra serie di ricerche l'O. ha accertato che l'intossicazione alcoolica è causa di una aumentata recettività alle correnti.

A. CERESOLI.

Accademia Medico-fisica Fiorentina.

Adunanza del 26 giugno 1924.

Influenza della gravità sulla pressione arteriosa locale dell'avambraccio - Studio delle prove funzionali statiche nelle sindromi ipotensive.

LUISADA A. — Sollevando o abbassando passivamente l'arto superiore mentre si misura la pressione arteriosa coll'apparecchio del Pachon, nei soggetti normali si ha uno spostamento della pressione media in più o in meno rispettivamente di 25-30 mill. di Hg, senza che la pressione variabile sia affatto modificata. Gli ipotesi invece possono raggrupparsi in tre categorie: soggetti in cui la pressione variabile subisce un aumento nelle due prove; altri in cui aumenta elevando il braccio, diminuisce abbassandolo; altri ancora in cui diminuisce in entrambi le prove. I primi sono individui eretisti, i secondi quelli con deficienza periferica; gli ultimi con grave insufficienza periferica.

La Bickaconitina.

Prof. MANCINI M. — L'O. espone ricerche su tuberi di Aconitum, da cui col prof. CORONEDI isolò invece della pseudoaconitina, la Bickaconitina: l'esame istologico dimostrò che trattavasi di *Aconitum spicatum*, e non della specie *A. ferox*.

Del Perborato di Sodio.

Prof. MANCINI MARIO e dott. CAROSSINI G. — Gli OO. espongono lo studio di questo sale dal punto di vista chimico, farmacologico, antisettico, disinfettante, concludendo che esso per la grande stabilità, e la alcalinità deve sostituire l'acqua ossigenata, che per la sua reazione acida ha un'azione dannosa sui tessuti.

Dati sull'accrescimento post-natale delle ovaia umane nelle diverse età e nei diversi tipi morfologici costituzionali.

Prof. CASTALDI L. e dott. VANNUCCI D. — Secondo questa statistica e quella di Valtorta e di Wehefritz il peso delle due ovaia alla nascita è di 0,29 gr.; a completo sviluppo di circa 11 gr. La quota di accrescimento è di 39 volte circa, e non di 9,37 sole, come affermò il Vierordt. La grandezza delle ovaia aumenta coll'aumentare della statura; è maggiore negli individui brevilinei che longilinei; e tra i primi nelle donne megalosplancniche della terza combinazione morfologica del De Giovanni. Col crescere del grado del valore addominale, cresce il peso delle ovaia, salvo nei gradi estremi di megalosplancnia.

Prima serie di osservazioni anatomiche ponderali sulla grandezza di alcuni visceri nei tipi morfologici costituzionali determinati col metodo del Viola.

Prof. CASTALDI L. e dott. VANNUCCI D. — Gli OO. hanno studiato 144 soggetti stabilendone il tipo morfologico costituzionale secondo le misurazioni ideate dal Viola. I tipi misti furono classificati secondo le tre combinazioni morfologiche del De Giovanni. Gli OO. hanno pesato molti visceri di questi individui. In questa comunicazione preliminare comunicano i risultati delle loro ricerche sulle variazioni del fegato, cuore, milza, tiroide, timo nei diversi tipi costituzionali. Danno anche una tabella di pesi dei principali visceri alla nascita e nell'adulto, per sostituire i dati stranieri che male si adattano alla nostra popolazione.

Della morte dei bacilli carbonchiosi nel corpo delle cavie uccise da tali germi e conservate alla temperatura del ghiaccio fondente.

Dott. MAZZETTI G. — Il fatto che il trasporto di carni congelate non ha mai prodotto nessuna malattia nel bestiame dei luoghi d'arrivo, ha dato lo spunto a queste ricerche dell'O., le quali dimostrano che il bacillo carbonchioso nelle cavie carbonchioso uccise e conservate a 0°, va progressivamente diminuendo di numero, quanto più aumenta la distanza di tempo tra la morte e la necroscopia; che questa diminuzione avviene più rapidamente

nei vari visceri esaminati che non nel sangue circolante. Nella milza si è osservata la scomparsa del b. carbonchioso ad una distanza breve dalla morte.

Ricerche sperimentali sulla etiologia della corea del Sydenham.

Dott. COCCHI C. — Dal sangue di 4 malati l'O. ha isolato un micrococco praticandone una emocultura in brodo. L'O. dà dettagliate notizie sui caratteri culturali e morfologici di questo micrococco *Gram* positivo, che sempre fu uguale in tutti i casi. Il miglior terreno di cultura è l'agar-sangue umano. Iniettato ad una scimmia, questa dopo 25 giorni presenta un tremore diffuso, morendo in 29ª giornata. Alla necroscopia si rivelò un reperto tipico di encefalite a sede corticale e talamica. L'O. ha anche fatto prove di agglutinazione e tentativi di vaccinazione, ottenendo rapida guarigione in un malato di corea gravissima con emulsioni di questi micrococchi uccisi col calore.

Sopra un caso di sutura del cuore per ferita da punta e taglio penetrante del ventricolo sinistro.

Prof. COMOLLI A. — Guidano alla diagnosi lo stato generale del paziente, i caratteri del polso e dei toni cardiaci, il turgore della giugulare. Fatta la diagnosi, di certezza o anche di probabilità, l'intervento sempre si impone.

Processo di plastica muscolare per ernie inguinali recidive o voluminose.

Prof. COMOLLI A. — L'O. porta sulla regione inguino-addominale un lembo del muscolo sartorio e della sua aponeurosi a colmare la breccia. Ottenne, in un caso anche nel vivente, una parete resistente molto più robusta che di norma. Il lembo del sartorio ruotato è funzionante.

Dott. LUIGI CASTALDI.

Società Italiana Oto-neuro-oftalmologica

Sezione Romana.

Seduta del 22 maggio 1924.

Il Prof. GH. FERRERI, assumendo la presidenza, rivolge un saluto augurale a tutti i soci presenti, auspicando con nobili espressioni, un rapido e felice sviluppo alla giovane Società, sviluppo che ritiene sicuro, dati gli alti scopi che le riunioni periodiche di essa si propongono e per il numero e la qualità dei soci che già ne fanno parte.

Endotelioma della base dell'encefalo.

Prof. G. FUMAROLA. — L'O. riferisce su di un caso concernente una donna di 27 anni, la quale avendo subito all'età di dodici anni «Exenteratio orbitae sinistrae» per tumore endorbitario di cui non si potè precisare la natura, cominciò 15 anni dopo a soffrire di cefalea, vomito, vertigini, ottundimento mentale diminuzione del visus. L'esame neurologico dette soltanto: lieve insufficienza del VII a sinistra, astenia generalizzata degli arti, midriasi e rigidità pupillare a destra, atrofia post-papillitica a destra, ipoosmia bilaterale più avanzata a sinistra, pressione endorachidea aumentata. Non disturbi a carico della motilità, della sensibilità, non atassie, non emaniopsia, riflessi normali, reazione di Bordet- Wassermann negativa. L'esame radiografico della sella dette: distruzione quasi completa delle clinoidee, specie delle anteriori, lamina quadrilatera fortemente appiattita. La diagnosi clinica fu: *tumor lobi frontalis sinistri*, in base alla precocità ed alla gravità dei disturbi psichici ed alla ipoosmia prevalente a sinistra. Le alterazioni sellari furono messe in rapporto alla aumentata pressione endocranica. Venuta in breve a morte la paziente, l'autopsia dimostrò invece la presenza di un tumore interpeduncolare e del chiasma ottico, coinvolgente il *bulbus* e il *tractus olfactorius* di sinistra, il II° e il III° nervo dello stesso lato, ed in stretto contatto con la estremità posteriore del gyrus rectus internus di sinistra e con i due giri recti di destra. Il III° ventricolo di sinistra era ristretto, il destro notevolmente dilatato. Il tumore si dimostrò istologicamente un endotelioma. L'A. non crede fosse stato possibile evitare l'errore diagnostico e clinico per l'assenza assoluta dei sintomi a carico della base dell'encefalo e della regione ottico-ipofisaria. Egli insiste quindi sulla prudenza necessaria a porre diagnosi di sede dei tumori del cervello, in base soltanto a considerazioni di indole strettamente anatomica.

Segue una discussione cui partecipano i proff. DI MARZIO ed AYALA.

Embolia dell'arteria centrale e corea embolica.

Prof. Q. DI MARZIO. — L'O. illustra un caso di embolia dell'art. centralis retinae intervenuta in una bambina di dodici anni, alcuni giorni dopo che si era manifestata una «chorea minor». Ambedue le lesioni possono essere in dipendenza di una alterazione embolica tanto della suddetta arteria che di un ramo dell'arteria del corpo striato. Le lesioni emboliche si sono originate da una endocardite consecutiva a reumatismo articolare acuto. Questo caso costituisce una dimostrazione clinica della teoria embolica della chorea minor.

Su questa comunicazione prende la parola il prof. MINGAZZINI.

Osteoma fronto-etmoidale (infundibolare) complicato da empiema acuto del seno frontale e da ascesso della palpebra superiore.

Prof. G. FERRERI. — La comunicazione riguarda il caso di un uomo di 30 anni, il quale avendo subita una lieve infezione influenzale, dopo due giorni dalla scomparsa di questa cominciò a notare: febbre, lievi conati di vomito e forte dolenzia a tutta la metà sinistra della fronte. Dopo qualche giorno si aggiunse notevole tumefazione e rossore della palpebra superiore di sinistra. Presentava all'esame obiettivo una grossa tumefazione dell'arco sopraciliare e della palpebra superiore sinistra, dolentissima specie nell'angolo interno dell'ochio sinistro. Globo oculare integro, suoi movimenti normali. Esame rinoscopico negativo. Transilluminazione: opacità dell'antro frontale. La radiografia fa notare la presenza di una massa omogenea opaca nel seno frontale sinistro, massa che arriva fino all'etmoide a traverso la regione infundibolare. L'intervento scoprì empiema del seno frontale con infiltrazione

della palbebra, e la presenza di uno osteoma. Questa massa ossea fu asportata in un secondo intervento dopo dieci giorni. L'esito fu in guarigione. L'O. ricorda come gli osteomi in parola sieno importantissimi per le complicazioni che possono recare in seguito ad infezioni dei seni frontali.

Si diffonde a parlare sulla etiologia e sull'anatomia patologica dell'esteoma fronto-etmoidale.

Sulla patogenesi delle emianopsie omonime transitorie.

Dott. SABBADINI. — L'O. espone un caso di emianopsia omonima destra in soggetto affetto da pancardite, emianopsia durata 48 ore circa e poi scomparsa senza lasciare alcuna traccia. Nessun altro sintomo a carico del sistema nervoso e dell'apparato visivo si potè notare prima, durante e dopo lo svolgersi del disturbo visivo. Nella grafica della emianopsia si notava una zona estrema periferica di scotoma assoluto, una zona intermedia (cioè più vicina al centro maculare) di scotoma relativo pel bianco e pei colori, ed infine una vasta zona centrale di divisione normale (campo esuberante del Wilbrand). All'autopsia nessuna lesione delle vie ottiche dal chiasma alla corteccia cerebrale di sinistra. L'O. ritiene che la detta emianopsia sia stata prodotta da un disturbo circolatorio a carico della corteccia e delle zone immediatamente sottocorticali del lobo occipitale di sinistra; e verosimilmente da uno spasmo vasale con consecutiva stasi, dipendente dall'accesso grave di scompenso cardiaco contemporaneo all'insorgere dell'emianopsia. I particolari della grafica del C. V. conducono l'O. ad indicare il caso di emianopsia come un esempio clinico della teoria dell'Henschen circa la localizzazione corticale dei centri ottici. Infine egli combatte la tendenza di molti Autori a ritenere di natura funzionale i disturbi emaniopsici transitori; cita a questo proposito interessanti casi raccolti dalla bibliografia.

La comunicazione è discussa dal prof. MINGAZZINI.

Le contratture isteriche dei muscoli esterni dell'occhio e la dissociazione volontaria dei movimenti sinergici dei muscoli stessi.

Dott. BALDUZZI. — L'O. riferisce su di un caso riguardante una giovane donna isterica di 22 anni, che presentava uno strabismo interno da spasmo dei due retti interni con diplopia saltuaria in tutte le direzioni dello sguardo. Che si trattasse di uno strabismo spastico l'O. può affermarlo poichè gli riusciva a piacere di farlo scomparire e ricomparire con dei mezzi di suggestione. L'O., accennata la diagnosi differenziale tra spasmo funzionale di un muscolo estrinseco e paresi dell'antagonista, riavvicina alle contratture descritte alcuni esempi di dissociazione volontaria dei movimenti sinergici dei muscoli oculari, fenomeno quanto mai raro. Mostra fotografie di un soggetto cui riusciva agevolmente contrarre l'uno e l'altro retto esterno, facendo insorgere una diplopia crociata. Tanto di questi fenomeni che delle contratture egli ritiene che il meccanismo di produzione debba verificarsi a traverso una acquisita indipendenza funzionale dei nuclei basali del III° e del VI°.

GIORGIO FERRERI.

Il VI Congresso di Medicina del lavoro.

Abbiamo già dato notizia di questo Congresso che si svolse a Venezia ai primi dello scorso giugno, ottimamente organizzato con squisita signorilità dal presidente prof. FABIO VITALI, che ha anche offerto ai Congressisti la gita alle isole dell'Estuario, con la visita alle note vetrerie di Murano. Fra i discorsi inaugurali sono da menzionarsi particolarmente quelli dei proff. F. VITALI, L. DEVOTO, GIORDANO.

I temi ufficiali trattati furono i seguenti:

Assistenza prenatale alla gestante operaia sana e malata.

L. FERRANNINI. — L'O. dimostra anche alla luce dei dati statistici, la necessità di assistere l'operaia anche durante il periodo della gestazione, mentre la legge attuale provvede soltanto alla protezione nel puerperio. Si otterrebbe in tal modo un duplice beneficio, per la madre e per la prole, in quanto che la puericultura prenatale è da considerarsi come il massimo fattore di miglioramento della specie. A tutela della donna gestante, bisognerebbe istituire dei servizii ospedalieri di maternità, ove eseguire le più importanti ricerche sul suo stato. Con queste e con altri dati riferibili al parto ed all'allattamento, compilare un vero libretto di maternità. Organizzare inoltre un servizio di assistenza a domicilio, con levatrici, infermiere visitatrici e medici specializzati e disporre per le gestanti malate dei riparti ospedalieri di prematernità. Lo stato di gestazione dovrebbe essere assimilato a quello di parto, come lo è in Francia, fin dal 1893. L'operaia gestante infine dovrebbe essere protetta, se non con l'esclusione dal lavoro, con un'adatta scelta di esso e con un periodo di riposo obbligatorio almeno per le ultime sei settimane precedenti al parto, se non di più, nonchè per un certo periodo del puerperio e dell'allattamento, aiutandola anche con un sussidio superiore alle attuali cento lire. Si dovrebbero inoltre istituire nelle fabbriche dei presepi sotto l'alta sorveglianza di pediatri e con personale ben adatto per una migliore tutela della prima infanzia.

Nuovi aspetti e nuovi orizzonti della medicina del lavoro.

G. GIGLIOLI. — Pone in luce gli studii recentemente compiuti in questo campo specialmente in rapporto con il nuovo indirizzo della orgonizzazione umana del lavoro. Grande importanza hanno sotto tale punto di vista, gli studii sull'ambiente, sugli avvelenamenti professionali, sulla fatica, in cui clinici e patologici italiani hanno largamente contribuito. La medicina del lavoro ha inoltre lumeggiato in questi ultimi tempi anche le speciali condizioni individuali dell'operaio stesso, per le quali si è riconosciuto che può esistere una minorata resistenza congenita. La medicina del lavoro deve trovare il suo posto e combattere affinchè nella scelta e nella determinazione dell'attitudine del lavoro, si tenga sempre conto degli elementi di fatto che sono scaturiti dalle ricerche cliniche e che dovranno acquistare maggior certezza e valore con le osservazioni sistematiche dell'operaio nel luogo stesso del lavoro; soltanto in tal modo, la

selezione del lavoratore non avrà un carattere aridamente economico, ma avrà veramente importanza umana e sociale.

Sugli effetti del lavoro uniforme e monotono sull'organismo umano.

Due sono stati i relatori:

A. DONAGGIO. — Esamina il lavoro automatico proprio dell'industria moderna, in cui l'automatismo culmina col sistema Taylor. Si scaglia quindi vivacemente contro questo sistema ed accenna alle provvidenze per impedire gli effetti dannosi della monotonia del lavoro, fra le quali assai efficace l'istituzione del così detto «dopo lavoro». Quanto ai mezzi diretti, l'O. richiama l'attenzione sul movimento recentissimo sorto specialmente in Francia per lo sviluppo del lavoro integrale a tipo artigianale, lavoro che sarebbe assai adatto in Italia, dove esso ha si gloriose tradizioni. Lo sviluppo di questo tipo di lavoro può avvantaggiarsi dei mezzi offerti dalla scienza (orientamento professionale), pur lasciando la rivelazione della vocazione al libero giuoco della esperienza diretta sul materiale di lavoro.

A. CEVIDALLI. — (Altro relatore sullo stesso tema). Premette che il lavoro uniforme è la regola nell'industria e la specializzazione, necessaria conseguenza della divisione del lavoro, non può scompagnarsi da un grado più o meno avanzato di uniformità. Per la eliminazione o la riduzione degli effetti di tale uniformità l'O. propone la limitazione dell'orario di lavoro, onde non avvenga che il periodo di riposo sia insufficiente per il ristoro che è necessario alla ripresa della funzione normale. Oltre a ciò è necessaria la lotta antialcoolica e l'esercizio fisico. In complesso però questa relazione pure essendo dotta e ben documentata, si è occupata più che altro delle deformità professionali.

Avvelenamenti professionali per via inalatoria.

L. PRETI. — Nella dotta relazione dell'O. si sentiva il disagio si dover comprimere nel breve spazio di tempo concesso un tema troppo vasto in cui ogni singolo argomento esigeva un ampio svolgimento. per la stessa ragione è del tutto impossibile sunteggiarla. Chi abbia interesse di leggerla, la troverà pubblicata in «Il lavoro» del giugno c. a.

Orarii di lavoro per invalidi.

Anche su questo tema due sono stati i relatori:

G. PIERACCINI. — Afferma che nella morale sociale deve valere il principio che ciascuno debba dare alla società l'esigibile delle sue capacità fisiche e intellettuali. Sembra quindi giusto che da ciascuno si pretenda in proporzione delle personali energie biologiche. Per questo l'O. chiede che si proporzionino gli orarii di lavoro alle capacità dei singoli, in rapporto alle condizioni di salute. Ciò va inteso per soggetti transitoriamente debilitati per malattie accidentali (malattie di stomaco, tubercolosi incipiente). Per questi mezzi malati ci dovrebbe essere un orario ridotto a 3-4 ore lavorative, e corrispondentemente potrebbe essere ridotto il salario.

F. VITALI. — Plaude all'idea del PIERACCINI ed aggiunge che, date le difficoltà che i minorati possano trovare lavoro ad orarii ridotti, presso le grandi industrie, si debba facilitare loro l'occupazione nella piccola industria e nel lavoro a domicilio, che però dovrà essere opportunamente sorvegliato e regolato. Conclude nella possibilità di avviare ad abilitazioni tecniche operai che dapprima erano adibiti ad altre industrie per le quali sono divenuti ormai degli inabili.

Numerose furono poi le comunicazioni, fra cui citiamo quelle di A. RANELLETTI sul *Saturnismo e sulle industrie polverose in Roma,* di C. BIONDI sull'*Orario di lavoro,* di ALLEVI, PERI, RICCIO sull'*Orientamento professionale,* ecc.

A. Z.

XV Congresso di Idrologia, Climatologia e Terapia fisica.

Tenutosi ad Abbazia nella prima quindicina dello scorso giugno; questo Congresso è stato folto per numero di intervenuti ed interessante per la varietà di argomenti trattati di carattere scentifico e pratico.

Sulla *Ciclonopatia* riferì M. ASCOLI, passando in rassegna l'influenza delle stagioni, del clima, delle altitudini, le predisposizioni naturali ed acquisite, la varietà multiforme dei sintomi che si connettono con i fattori meteorologici e climatici.

Attraente perchè frutto di lunga esperienza e di profonda cultura, è stata pure la relazione di MARFORI sulle *Acque minerali nelle malattie del ricambio.* Il tema di tutta attualità della *diatermia* è stato trattato da A. VINAJ, che accennò alle più recenti ricerche fisiologiche sull'emopoiesi e sulla resistenza dei muscoli alla fatica in rapporto alla diatermizzazione, e da MELOCCHI che fece una fine dissertazione sullo stato attuale della terapia diatermica.

Altri temi di relazione furono quelli sui *Bagni di acido carbonico nelle malattie cardiovascolari* (VALENTI) e sulla *Terapia inalatoria* (ANGELUCCI e PINALI).

Numerosissime furono poi le comunicazioni riguardanti argomenti scientifici, pratici e storici. I lavori del Congresso furono alternati con interessanti gite a Fiume, a Laurana, a Postumia, a Brioni.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

L'esame dei liquidi ascitici.

L'esame dei liquidi ascitici non ha finora attirato molto l'attenzione, mentre è possibile trarre da esso dei dati che, pure essendo subordinati all'esame clinico, hanno una certa importanza, perchè completano e precisano quest'ultimo. A. Lemierre e J. Levesque (*Gazette des hôpitaux*, 1924, n. 41) hanno studiato la questione e propongono che le ricerche da farsi sui liquidi ascitici comprendano: 1) la citodiagnosi; 2) il dosamento dell'albumina, fatto con il refrattometro o più semplicemente con il metodo di Esbach, diluendo il liquido al 1/10; 3) la valutazione della quantità di fibrina, fatta non già per pesata, ma con l'apprezzamento del coagulo fibrinoso.

Si possono così distinguere:

1) *Liquidi di essudato peritoneale.* — Basta accertare la presenza di un'albuminosi oltre il 40/1000. Lo studio citologico permette poi di distinguere il cancro del peritoneo dalla peritonite tubercolare.

Nel primo caso si trova di solito una mescolanza di lembi endoteliali e di linfociti; eccezionale è la presenza di lembi cancerigni. Nella peritonite tubercolare, si ha una linfocitosi pura, assai abbondante, con 100-200 linfociti per campo, senza lembi endoteliali.

2) *Liquidi di trasudato.* — Sono senza fibrina, con un'albuminosi al disotto di 12/1000 e con lembi endoteliali. Costituiscono le asciti da ipertensione portale, di cui quella da cirrosi è il tipo più frequente.

3) Vi sono poi i *liquidi da patogenesi mista*, in cui tutti gli elementi della formola partecipano ad un tempo del trasudato e dell'essudato (citologia mista, fibrina abbondante, albuminosi da 15 a 35/1000) oppure uno solo degli elementi caratterizza l'infiammazione ed è fornito di solito dalla formola citologica che mostra un eccesso di leucociti. Fra questi tipi si hanno: *a*) tutte le asciti dell'anasarca, ossia praticamente le asciti delle asistolie; *b*) tutte le asciti cirrotiche complicate; infezioni da piogeni con polinucleosi, periepatite leggera con sola linfocitosi e con bassa albuminosi, periepatite e perisplenite intensa con formola mista più netta, che deve far pensare alla sifilide; *c*) certe asciti sviluppate in prossimità di ascessi addominali.

Schematizzando e riducendo l'esame all'albuminosi, si può dire che, con albuminosi sotto il 12/1000, prevale l'azione meccanica, oltre il 40, la natura infiammatoria, fra 16 e 35 si tratta certamente di ascite di origine mista (asistolia, sifilide). La citodiagnosi permetterà poi una ulteriore differenziazione.

fil.

CASISTICA E TERAPIA.

La sordità senile.

Si stabilisce gradatamente ad età variabili dai 60 (od anche prima) agli 80. La perdita dell'udito si appalesa dapprima per le note acute, mentre quelle basse sono udite ancora a lungo. Il primo avviso è dato dall'impossibilità di udire il canto degli uccelli, specialmente dell'allodola, mentre la voce parlata è udita ancora bene. Più tardi la sordità progredisce e può diventare un incomodo serio. Nei casi non complicati non si ha ronzio, che però può esistere per altre ragioni, come negli stadî tardivi dell'otosclerosi, od in conseguenza di arteriosclerosi dei vasi del labirinto. Manca altresì di solito la vertigine che, se è presente, è dovuta a condizioni costituzionali (arteriosclerosi) o locali (deposito di sali calcarei nel vestibolo o nell'ampolla dei canali semicircolari).

La diagnosi nei casi non complicati non è difficile. (A. Gray: *Lancet*, 1924, pag. 613). Con lo speculum si stabilisce l'eventuale presenza di cerume o di suppurazioni dell'orecchio medio. Non sono rari i depositi di sali calcarei sulla membrana del timpano, che però non sono causa di sordità. La loro presenza però può dar luogo a perforazioni della membrana timpanica quando si procedesse ad un'insufflazione della cavità timpanica troppo violenta. Poca importanza ha la retrazione della membrana ed anche l'opacità che varia di grado dall'uno all'altro individuo. Con il fischietto di Galton e con dei diapason bassi, si prova la facoltà uditiva rispettivamente per le note alte e basse.

In tutti i casi si procederà ad un'insufflazione dell'orecchio medio, provando in seguito la distanza a cui si percepiscono la voce susurrata e la conversazione. Se si nota uno spiccato miglioramento, si deve ritenere che la sordità era dovuta almeno in parte a malattia dell'orecchio medio. Si ricercheranno in tali casi le eventuali alterazioni (catarri nasali, polipi, ecc.) procedendo alla cura, da farsi però non troppo eroica. Nei casi miti, si faranno polverizzazioni con mentolo al 5 % in paroleina, ricorrendo poi all'insufflazione di aria. Se quest'ultima non porta alcun vantaggio, è inutile ripeterla. Contro la vera sordità senile il

trattamento locale porta poco vantaggio. Meglio è tentare di migliorare le condizioni generali, per impedire che la sordità progredisca; si tratteranno gli eventuali centri di infezione (cistite, prostata), si consiglierà un sonno prolungato. Nel ronzio grave, non comune nei vecchi, si daranno i bromuri. Quando poi la sordità sarà progredita di molto, si ricorrerà a cornetti acustici costruiti sul principio del microfono. La vecchia trombetta auricolare è talvolta efficace nella sordità moderata, ma serve poco in quella grave.

fil.

Emissione di " liquor „ da una fistola ossea-auricolare.

G. Bilancioni e G. Fumarola (*Rivista Otoneuro-oftalmologica*, vol. I, gennaio-febbraio 1924) descrivono un caso unico nella letteratura.

Si tratta di un'inferma affetta sin dalla prima infanzia da secrezione purulenta dell'orecchio destro, che nel 1919 subì l'estirpazione di un polipo dall'orecchio medesimo, e nel 1920 fu operata alla mastoide destra. Nel dicembre 1923 fu riconosciuta affetta da otite purulenta cronica e colesteatoma dell'attico e dell'antro. Sottoposta ad intervento, nel corso dell'operazione si venne a scoprire una fistola ossea, il cui fondo era occupato dalla dura. Isolata bene la fistola, si vide fuoriuscire da questa, a ondate, un liquido limpido, sieroso che riceveva impulso dalla massa sottostante. Procedendo nella demolizione, si mise in evidenza un vasto colesteatoma, a membrana piogena ben conservata, che occupava il *tegmen tympani et antri* e che fu completamente estirpato. Il decorso post-operativo fu ottimo nè si notò più fuoriuscita di liquido, dopo la prima emissione, che avvenne senza apparente sofferenza della malata. L'esame neurologico di questa fu sempre negativo; l'esame psichico fece rilevare uno stato deficitario di medio grado; l'esame morfologico mise in evidenza le note più caratteristiche del tipo mongoloide. Anche la conformazione del cranio presentava anomalie. Secondo gli autori il *liquor* proveniva direttamente dal *cavum subdurale* fuoriuscendo liberamente all'esterno attraverso la fistola ossea. Le anomalie del cranio non sono forse del tutto estranee alla produzione del fenomeno.

G. ARTOM

Trattamento della sinusite frontale acuta.

Nella forma semplice, la terapia medica deve essere la regola. Moure (*Journal de médecine de Paris*, 1° genn. 1924) consiglia le pomate o le polveri decongestionanti, le fumigazioni, le medicazioni umide, calde o fredde, che finiscono per aver ragione del male, fanno cessare i sintomi e permettono che si ristabilisca lo scolo per le vie naturali delle secrezioni imprigionate nei seni. Come pomata è consigliabile la seguente: Sol. di adrenalina gocce due; Cloridrato di cocaina cg. 15; Gomenol goccia una; Borato di sodio cg. 60; Vaselina gr. 15. Metterne per la grossezza di un pisello in ogni narice ed aspirare dolcemente, a preferentza dopo ogni fumigazione (tre volte al giorno). Oppure polverizzare nel naso la seguente soluzione: Sol. di adrenalina gocce tre; Cloridrato di cocaina cg. 25; Benzoato di sodio cg. 60; glicerina neutra gr. 10; Acqua sterilizzata gr. 20. Scaldare a bagno-maria e polverizzare nell'interno di ogni narice 2-3 volte al giorno, aggiungendo eventualmente anche 50 cg. di estratto di giusquiamo.

Evitare di mettere essenze nelle fumigazioni od usarne quantità minime, come, p. es., 5 gocce di gomenol in 1/2 litro di acqua calda, o meglio dieci grammi di piante aromatiche in un litro di acqua od ancora un semplice infuso di tiglio o di sambuco; il malato respirerà dolcemente i vapori nelle fosse nasali per cinque minuti, senza stare troppo vicino all'apparecchio; l'acqua non deve essere troppo calda, bastando la temperatura di 80°-85°

fil.

Le idrorree nasali.

Si tende oggi a considerare le idrorree nasali come una sindrome di ordine generale, espressione di una insufficienza renale e quindi vicariante degli edemi brightici, oppure come reazione dell'organismo in presenza di un corpo estraneo. Leroux-Robert (*Presse médicale*, 23 febbraio 1924) propone una classificazione fisio-patologica delle idrorree, basata sulle funzioni della pituitaria. Questa *secerne* del muco, *elimina* i sali od i prodotti ritenuti in eccesso nel sangue, *assorbe* i corpi estranei polverulenti, i liquidi deposti alla sua superficie, *dei quali si sbarazza per via riflessa*. Ad ognuna di queste funzioni, corrisponde un gruppo di rino-idrorree.

1. *Da secrezione*. — È l'idrorrea nasale classica, da causa generale, degli anemici, debilitati, malarici, epatici. Lo scolo non si produce per crisi, ma si fa goccia a goccia, cessando generalmente la notte. Il liquido, che macchia appena la biancheria, rassomiglia a siero di sangue. Lo scolo è il solo sintoma, senza starnuti, nè ostruzione nasale. La mucosa è pallida, iposensibile, reagisce male ai vasocostrittori. Trattasi di un fenomeno passivo, dovuto all'esagerazione della secrezione normale, per la paresi dei vaso-costrittori.

2. *Da choc e da assorbimento.* — È la rinite spasmodica periodica od aperiodica, da causa locale, che si osserva negli individui a nutrizione rallentata. La crisi si produce bruscamente, con sternuti ostinati, lacrimazione, scolo di liquido acquoso e si accompagna ad ostruzione nasale. La mucosa, normale fra le crisi, è rossa e turgescente durante queste. Si tratta di una crisi emoclasica, di cui una manifestazione può appunto essere la rino-idrorrea.

3. *Da eliminazione.* — Nell'insufficienza renale, la ritenzione nel sangue dei cloruri, dell'urea, di corpi azotati può tradursi con l'idrorrea nasale, che ha quindi lo stesso significato dei vomiti, delle diarree e degli edemi dei brightici. Allo stadio di preedema corrisponde una rinite congestiva semplice; allo stato di edema i corpi di ritenzione cercano un punto debole e lo trovano nella pituitaria.

4. *Riflesse.* — Il riflesso ha il punto di partenza nel naso (zona di iperestesia, ipertrofia dei cornetti, cresta del setto, polipi) oppure extranasale (disturbi dell'apparato genitale, digerente, ecc.).

Non è improbabile che dall'esame clinico dei liquidi che fuoriescono dal naso si possano trarre delle cognizioni che ci conducano ad una migliore conoscenza di queste affezioni.

fil.

I rimedi contro il raffreddore.

R. Heinz (*Deutsche med. Wochens.*, anno 49, n. 21) distingue i rimedi contro il raffreddore in quelli adatti per la forma acuta da quelli convenienti per la cronica. Il raffreddore acuto, per lo più preceduto da raffreddamento, va considerato come una malattia da infezione dovuta probabilmente ad afanozoi, diffusi dovunque. Il raffreddamento costituisce solo una predisposizione temporanea che abbassa il potere di resistenza della mucosa, rispettivamente della sottomucosa. Come mezzi generali, sono indicati anzitutto i sudorifici, fra cui l'aspirina; localmente si consiglia l'acido borico in soluzione al 4 %, da applicarsi con un batuffolo di cotone.

La forma cronica e la subcronica si riallacciano di solito a quella acuta; dapprima ad ogni nuovo raffreddamento si hanno nuovi attacchi, fino a che rimangono le condizioni croniche con un aumento della secrezione, intercalato da periodi di «secchezza» del naso ugualmente accompagnata da sensazione di naso otturato. Il rigonfiamento della mucosa si estende alle cavità accessorie, restringendo i seni frontali e mascellari; sulla mucosa così alterata crescono stafilococchi e streptococchi che possono dare suppurazioni.

Per l'antisepsi locale, l'A. consiglia l'uso di aspirina, mescolata in proporzione del 5 % a lattosio. Sono inoltre utili i preparati astringenti; l'adrenalina però può essere dannosa se usata a lungo e così la cocaina la quale può anche condurre al cocainismo. Efficace ed innocuo è il mentolo, rispettivamente l'olio di menta piperita che si può mescolare con lattosio, preparando l'oleosaccaruro, a cui si può aggiungere l'aspirina in proporzione del 5 %, ottenendosi così una ottima polvere per il raffreddore. Con essa il decongestionamento della mucosa è anche più durevole che con la cocaina, mentre non presenta gli inconvenienti di questa.

fil.

L'irite blenorragica.

Secondo Chambers (*British Med. Jour.*, 3 maggio 1924) è assai più frequente di quel che si creda, e vi si pensa troppo poco. Essa può limitarsi all'iride o colpire anche il tratto uveale coi corpi ciliari e la coroide. L'infezione sarebbe ematogena, si ignora se microbica o tossinica. Essa non si è mai vista nello stadio acuto della gonorrea, appare invece dopo mesi e talora anni.

L'A. ne ha riscontrato un caso dopo 16 anni dalla infezione blenorragica, nel quale il gonococco fu trovato nel liquido espresso dalla prostata.

Caratteristica è la tendenza alle recidive. Il termine di irite ricorrente è però ingiusto perchè con un adatto trattamento della infezione gonococcica l'irite non ricompare più. L'attacco di irite blenorragica è molto simile a quelli dovuti ad altre cause, ma è assai grave e doloroso; dura da una settimana a un mese o più; è spesso plastica, sì che la camera anteriore talora si riempie di un essudato fibrinoso verdognolo, che non è frequente, ma quando esiste sarebbe quasi patognomonico.

È tipico che di ogni ricorrenza residua un danno minimo, in molti casi non rimane nulla che alcune sinecchie posteriori dell'iride le quali si svelano solo dilatando la pupilla. A furia del ripetersi degli attacchi la vista può essere molto lesa.

Diagnosi differenziale. La irite sifilitica è o del periodo secondario, o del terziario; non è a forma ricorrente. In molti casi si vedono sull'iride dei noduletti giallo-rossicci grossi quanto una testa di spillo. L'attacco è più lungo che nella forma gonorroica.

La R. Wassermann può giovare.

Come *irite reumatica* si diagnosticano spesso delle forme che secondo l'A. sarebbero blenorragiche. L'A. crede che la forma reumatica sia assai più rara. È un errore ciò che dicono molti libri che la irite gonococcica è spesso preceduta da reumatismo della stessa natura; questo infatti si ha appena nel 2 % dei casi di gonorrea.

L'irite tubercolare colpirebbe soggetti più giovani (?), presenta sull'iride tubercoli, danneggia gli occhi più gravemente, non ha ricorrenze. Vi sono reazioni diagnostiche colla tubercolina.

L'irite cosidetta *settica* può simulare del tutto la forma gonorroica. Anche le ricorrenze sono frequenti. È necessario un'accurata ricerca non dimenticando il gonococco. Ciò è necessario in tutti i casi di irite. Si ricordi che l'assenza di secreto uretrale non vuol dire nulla. Il gonococco si può essere annidato nella prostata e nelle vescicole seminali e si deve cercare accuratamente nel liquido espresso da queste parti. TONELLI L.

Il glaucoma.

Il glaucoma è l'affezione più grave del globo oculare e quella che necessita una diagnosi precoce e dà luogo agli errori più frequenti. Esso è caratterizzato da un aumento di pressione endooculare donde risultano il restringimento del campo visivo dal lato nasale, la diminuzione di trasparenza della cornea, l'opacamento del cristallino, emorragie retiniche, escavazione ed atrofia del nervo ottico, dolori violenti e diminuzione del visus fino alla cecità assoluta.

Il glaucoma può essere acuto subacuto o cronico; vi possono essere prodromi transitorii di annebbiamento o di cecità, con dolori ed iniezione congiuntivale; ne rimane di solito un turbamento della visione caratterizzato dal vedere aloni colorati attorno alle sorgenti luminose. In questi casi acuti, come osserva A. Chevallereau (*La médecine*, gennaio 1924) il glaucoma può simulare una congiuntivite e la prescrizione di collirii metallici porta una esacerbazione dei sintomi. Un errore più grave consiste nel prendere tali attacchi per iriti ed istillare dell'atropina, aumentando così la tensione oculare e correndo il rischio di produrre danni irreparabili. Per evitare tali errori fatali è necessario ricercare i fenomeni antecedenti, palpare il bulbo oculare in cui si trova aumento di durezza, osservare la pupilla che è contratta nell'irite ed invece dilatata nel glaucoma, determinare il campo visivo ristretto dal lato nasale nel glaucoma ed invece normale negli altri casi.

Nel glaucoma cronico si ha una diminuzione progressiva dell'acutezza visiva con diminuzione del campo dal lato nasale ed aumento di durezza. Con l'oftalmoscopio, si può riscontrare l'escavazione del nervo ottico. La pupilla ha un aspetto torbido, un po' dilatata, verdastra, donde il nome della malattia; un esame un po' superficiale può far credere che si tratti di cataratta in via di evoluzione e non è raro il trovare un medico che consigli all'ammalato di attendere la maturazione. Talvolta con tale attesa si arriva ad una cecità completa e definitiva, mentre una iridectomia, fatta a tempo, od anche semplicemente l'uso di miotici (eserina o pilocarpina) ed un trattamento generale adatto avrebbero permesso di conservare la visione.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Sulla patologia costituzionale. — Ai dott. V. B., Pistoia e C. D'A., Trento:

Conviene riscontrare per avere notizie complete ed esaurienti i seguenti lavori: VIOLA, *La tecnica antropometrica a scopo clinico.* (Lavori clin. med. di Padova, vol. II); ID.: *Il moderno concetto della costituzione ed i suoi rapporti colla robustezza e con la predisposizione* (Tommasi, 1906, n. 5); ID.: *Costituzione e tubercolosi* (Relazione Congresso Napoli, 1921); ID.: *La costituzione nel suo moderno significato (endocrinologia e patol. costituzionale*, 1922); inoltre il lavoro del FICI: *Le anomalie morfologiche nei rapporti con la tub. polmonare* (Palermo, Borravecchio 1918).

Naturalmente non bisogna ignorare i classici lavori di morfologia clinica del De Giovanni, dai quali promanano in filiazione moderna i lavori suggeriti.

T. PONTANO.

Trattati di elettrologia. — All'abb. n. 10904:

Nella «Electrothérapie et Radiologie» di Guilleminot (ed. Masson e C.ie) la parte elettrica è ampiamente trattata, sia dal punto di vista tecnico che biologico. In tedesco il recente Konarschik (II ediz. Springer, Berl.).

MILANI E.

All'abb. N. 8881:

Non si possono dare pareri diagnostici a distanza. In questa rubrica non si dànno risposte se non a quesiti di ordine generale.

L. P.

COMMENTI.

Tra le grandi scoperte mediche.

Riferendosi all'articolo pubblicato sotto questo titolo nel fasc. 31, il dott. Ferruccio Cicardi di Maleo (Milano) ci fa notare come sia stato omesso uno degli esempi più fulgidi e dimostrativi della tesi che in esso venne prospettata.

Difatti fu un dottore in legge Agostino Bassi (1773-1856), il quale scoprì il primo microrganismo patogeno, la «Botrytis bassiana» ne accertò le vie di trasmissione, ne indicò la cura e la profilassi, e dalla sua personalissima scoperta, frutto di più che due decenni di osservazioni e di esperienze, trasse la legge che: ogni malattia contagiosa dell'uomo è l'effetto costante di un costante e particolare microrganismo di natura vegetale o animale. Per tal modo egli fu il vero fondatore della teoria infettiva e della antisepsi. Luigi Pasteur, nella sua onestà scientifica, non mancò di riconoscere e proclamare l'importanza capitale dell'opera compiuta dal Bassi, la quale fu già oggetto di memorie classiche da parte di molti studiosi italiani: Grassi, Calandruccio, Silva, Monti, Briosi, Talini, mentre oggi, grazie a Bayla, Riquier, Grassi, Sanarelli, Baldi, Montemartini, Franceschini, Benedicenti, Ingrao, ecc. siamo in pieno fervore di rievocazione e valorizzazione dell'opera bassiana.

VARIA

La meloterapia.

La potenza della musica venne riconosciuta fin dalla più remota antichità, come ce lo attesta il mito di Orfeo, che noi ritroviamo anche fra gli indù e fra le popolazioni finniche. Effetti sorprendenti ancor più che oggi essa doveva avere nell'antichità, se è vero quanto si racconta che, all'esordio di una tragedia di Euripide cantato dal coro, alcune donne caddero in estasi e parecchi fanciulli morirono per l'emozione. Nessuna maraviglia quindi che si tentasse l'applicazione curativa della musica, tanto più che le cognizioni di patologia e le risorse terapeutiche del tempo non concedevano la scelta di mezzi più razionali. È a tutti nota l'azione benefica della musica sullo spirito maligno che dominava Saul; al suono della cetra di David, ci dice la Bibbia nel primo libro dei Re, «refocillabatur Saul et levius habebat, recedebat enim ab eo spiritus malus». Ancor più straordinarie sono le virtù terapeutiche di cui parla Omero nell'Odissea, al libro 19; il sangue che sgorga dalla ferita di Ulisse, viene miracolosamente fermato per l'effetto del canto magico dei figli di Autolico. Ma Autolico, come è noto, era figlio di Erme ed aveva ereditato dal padre il dono dell'illusione e dell'inganno, ciò che permette di elevare qualche dubbio sulla veridicità del racconto.

Molti altri esempii troviamo fra i greci di virtù curative della musica che, secondo Platone, ci è stata largita dagli dei anche per calmare le tempeste dell'animo ed i movimenti tumultuosi del nostro corpo pieno di imperfezioni. Citeremo quelli di Taleta, musico di Creta, che liberò Sparta da una pestilenza per mezzo di un'armonia composita, del tarentino Aristòsseno che, con il ritmo dei peana, potè domare un'epidemia di demenza sviluppatasi fra le donne dei Locresi e di Crisippo che, col flauto incantato, calmava le convulsioni epilettiche. Fra i latini, Celso consigliò ed adottò la meloterapia in certe malattie mentali; Virgilio accenna ad un'azione favorevole del canto magico sulle ferite, Plinio dice che è utile nella lussazione delle membra.

Non meno miracolosi ci appaiono gli effetti della musica in tempi più vicini a noi. Nel medio evo, essa era usata a scopo esorcista per sloggiare i demoni dal corpo degli ossessi e se ne trovava la ragione nel fatto che la musica, essenzialmente arte divina, rappresenta l'armonia per eccellenza ed è quindi contrarissima ai demoni che altro non sono se non confusione e disordine e vengono quindi messi rapidamente in fuga. Col potere della musica, il Gessner guarì di una gotta ostinata un principe di Baviera ed adottò in seguito questo rimedio in altre malattie. Un'altra delle applicazioni della musica è stata fatta per la cura del morso della tarantola, su cui ha largamente scritto il nostro Baglivi.

Si sarebbe poi osservato come in genere tutti i malati risentono favorevoli effetti dalla musica, che agisce in essi come un calmante fisico e morale, sicchè in Inghilterra una società filantropica, la gilda di Santa Cecilia si è assunta l'opera benefica di fornire dei concerti ai malati negli ospedali. Particolarmente utili riuscirebbero essi nei convalescenti per operazioni chirurgiche, ciò che collima con le osservazioni di un dentista parigino — Laborde — il quale ha notato che i rumori sgradevoli turbano l'anestesia del protossido di azoto, mentre invece la favoriscono i suoni di un grammofono che egli ha installato nella sala d'operazione. Questione di gusti, poichè ad altri il gracchiare spasmodico del grammofono darebbe maledettamente ai nervi.

Anche sui malati di mente, sui deficienti, sugli idioti la musica spiega generalmente un effetto benefico non solo, ma per mezzo di essa, alcuni possono rientrare nella vita sociale

e migliorano di molto. Certamente appare strano come non pochi idioti siano sensibili alla musica e possano riuscire in essa più di quanto farebbe supporre la loro fioca intelligenza.

Non tutte le musiche sarebbero poi adatte per tutte le malattie e ciò si comprende ponendo mente ai diversi effetti che ha la sola distinzione primordiale fra musiche in tono minore e maggiore. Ma i meloterapisti vanno più in là e consigliano il Canto di primavera di Mendelssohn e le Danze ungheresi di Brahms contro la neurastenia e la depressione nervosa, certe musiche di Beethoven e di Bach nei raumatismi, il coro dei pellegrini del Tannhäuser contro la collera, lo Studio in sol maggiore di Chopin contro la dispepsia, ecc. L'indicazione di Schubert contro l'insonnia non è certo molto lusinghiera per il musicista e potrebbe estendersi a parecchi dei moderni.

A parte le esagerazioni evidenti ed amene, non si può disconoscere l'efficacia psicoterapeutica della musica a cui in qualche caso si potrebbe utilmente ricorrere. Il primo elemento attivo è da ricercarsi indubbiamente nel ritmo, in questo cuore della musica come lo ha chiamato D'Annunzio, che sta alla base di tutti i canti che accompagnano la danza, il lavoro, le marce e che certamente agisce su tutto l'organismo, sul circolo, sul respiro, sul sistema nervoso, esplicando la sua azione in senso eccitante o calmante. Per convincersene basta pensare, oltre che alle danze dei selvaggi, agli effetti delle nacchere, dei rullii dei tamburi, in cui è da escludersi ogni elemento melodico. Ancora principalmente al ritmo è da attribuirsi l'azione delle nenie, delle cantilene, che hanno cullato i nostri sonni infantili. Con la melodia, entrano in azione i centri psichici superiori e si ha allora la vera emozione musicale, in cui i movimenti d'affetti e d'immagini provocano successivamente le altre reazioni organiche. E si comprendono allora gli effetti maravigliosi di questa divina consolatrice che faceva cantare ai nostri soldati nelle trincee: « Canta che ti passa la fame, la fiacca, la paura, la malinconia... ».

Un'ampia trattazione sull'impiego terapeutico della musica era stata fatta dal prof F. La Torre nel suo volume: *La musica al tribunale d'Igea.* A. Z.

Professori originali.

Figura originale d'insegnante era il professore Hirtl, il celebre anatomico, che teneva le lezioni in purissimo latino.

Nato come l'Haydn ed il Listz nel Burgenland, così piccolo d'estensione, ma così ricco di grandi uomini, l'Hirtl fu un burbero benefico. Sotto la scorza ruvida d'eterno brontolone racchiudeva una bontà eccezionale. Offrì l'intero suo patrimonio per erigere nei dintorni di Vienna un orfanotrofio, in cui egli stesso si ritirò a passare gli ultimi anni della sua vita. Girava per la città in abito lacero e con in mano un eterno ombrellone verde.

Adoratore della povertà, volle morir povero. Sperimentò la fame su sè stesso: lo fece del resto anche a scopi scientifici e dichiarò, poi, di non aver avuto mai una mente così serena come nei giorni in cui il suo intero nutrimento consisteva in sette prugne secche. A chi non lo conosceva meglio, pareva un maligno, tanto poteva essere mordace. Ad uno studente di nome Jerusalem, annunciò il capitombolo all'esame di anatomia, dichiarandogli: « Piangi Gerusalemme, poichè sei caduto »!

Un altro originale fu il collega dell'Hirtl, l'anatomo-patologo Rokitansky. Ad un esame chiese ad uno studente di spiegargli il funzionamento della milza nell'organismo umano.

Il giovane rispose perplesso: « sono troppo agitato, ho dimenticato, e pure ieri lo sapevo ».

E il Rokitansky: « Disgraziato, ella era l'unico al mondo che sapesse qualche cosa sul funzionamento della milza, ed ora l'ha dimenticato »!

(Dalla *Riv. Sanit. Sicil.*, 15 giugno 1924).

La mortalità tra i medici negli Stati Uniti.

Il « *Journal of the American Medical Association* » del 5 gennaio 1924 ha denunciato 2570 decessi di medici negli Stati Uniti durante l'anno 1923. Il giornale crede che bisogna aumentare del 2 %, questo numero, in causa delle omissioni e delle informazioni tardive inevitabili: con ciò si avrebbe una cifra complessiva di 2621. Poichè il numero di medici nord-americano si valuta ascendere a 146,000, il tasso della mortalità risulta del 17,95 per mille. Nel 1922 questo tasso fu del 17,73 per mille. Per ciò che concerne l'età, i 2557 decessi del 1923 si dividono come segue: 40 casi al di sotto di 30 anni, 144 fra 31 e 40, 373 fra 41 e 50, 532 fra 51 e 60, 703 fra 61 e 70, 513 fra 71 e 80, 218 fra 81 e 90, 33 fra 91 e 100, e 1 a 102 anni. Il numero più alto fu a 68 anni di età con 79 morti. Quanto alle cause: 559 sono denunziati per affezioni cardio-vascolari, 260 per emorragia cerebrale, 161 per polmonite, 160 per tumori maligni, 100 per nefrite cronica, 72 per tubercolosi, 71 per bronchiti, 53 per influenza, 38 per diabete, 37 per setticemia, 53 per influenza, 30 per uremia, 22 per anemia, 5 per febbri tifoidee, ecc. Si conta anche un caso di beri-beri. Si annoverarono 126 morti accidentali, di cui 79 automobilistiche e ferroviarie, 2 per caduta da areoplano, 2 per asfissia, 2 per avvelenamento, 1 per elettroesecuzione, 12 per aggressioni di pazzi e di banditi; 63 si sono suicidati: 24 con armi da fuoco, 15 con veleno, 5 con asfissia, 3 con sommersione, 4 con caduta da un luogo elevato, e 8 con mezzi rimasti sconosciuti.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per l'esercizio della odontoiatria.

Su proposta del ministro della P. I. sen. Casati, il Consiglio dei Ministri ha deliberato uno schema di decreto in virtù del quale all'odontoiatria e protesi dentaria viene sostanzialmente fatto un trattamento analogo a quello delle altre specialità mediche. Non verrà più conferita una laurea in odontoiatria distinta dalla laurea in medicina e chirurgia, nè vi sarà uno speciale esame di Stato per l'esercizio dell'odontoiatria medesima. Per l'esercizio di tale specialità occorrerà aver superato l'esame di Stato in medicina e chirurgia; e alle prove orali e pratiche prescritte per gli esami di abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo, verrà aggiunta una prova di odontoiatria e protesi dentaria.

Dimissioni.

Il dott. Pio Campoli con lettera in data 30 giugno ha rassegnato irrevocabilmente le dimissioni dal Direttorio Centrale del Sindacato Nazionale Fascista Medici Condotti (già Associazione Nazionale) e dalla Commissione straordinaria per la Federazione degli Ordini dei Medici.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

(*Continuazione vedi fasc. 29*).

	Lire
Dott. Rubino Armido, Vallo della Lucania	10
Dott. Rubino Eligio, id.	10
Dott. Auletta Antonio, Cosenza	10
Dott. Adriani Alessandro, id.	5
Dott. Catalano Giuseppe, id.	10
Dott. Chidichino prof. Francesco, id.	5
Dott. De Fazio Francesco, id.	10
Dott. Gambaro Giuseppe, id.	10
Dott. Marulli Antonio, id.	5
Dott. Magliari Nicola, id.	10
Dott. Perris Michele, id.	5
Dott. Rodotà Pompilio, id.	10
Dott. Ranieri Fedele, id.	5
Dott. Santoro prof. Giuseppe, id.	50
Dott. Sicoli Francesco, id.	10
Dott. Serra Ludovico, id.	5
Dott. Tafuri Adolfo, id.	10
Dott. Valentini Mario, id.	10
Dott. Vercilli Vittorio, id.	10
Cap. M. Rocca Michele	100
Cap. M. Manfredi Alfredo	63.60
Ten. M. Giannetti Bernardo	80
Cap. M. De Filippi Filippo	100
Cap. M. Sandulli Pietro	91.20
S. Ten. M. De Camillis Carlo	49
S. Ten. M. Chiarello Alfonso	49
S. Ten. M. Salvadore Giuseppe	49
Cap. M. Ferraro Armando	40
Prof. Cardarelli Antonio, Napoli	200
Prof. Arena Guido, id.	100
Personale 1ª Clinica Medica, id.	360
Cap. M. Angelillo Alfredo, Nocera	50
Dott. Di Lorenzo Giuseppe, Vallo Lucania	25
Dott. Benincasa Luigi, Vietri sul Mare	10
Dott. Tallarico Francesco, Cicala	20
Sindacato Medico di Napoli	500
Dott. Vitale Emilio, Frattamaggiore	10
Dott. Boero Oreste, Monteleone di Orvieto	20
Associazione Medici Reduci, Napoli	100
Dott. Bonaventura Maiolo, Napoli	10
Dott. De Maio Francesco, id.	10
Dott. Mauro Mario, id.	10
Dott. Scarlato Vincenzo, id.	10
Dott. Musso Alfredo, id.	10
Dott. Chimisso Luigi, id.	10
Dott. Piccinino Guido, id.	10
Prof. Baccari Carlo, id.	10
Prof. Pappacena Ernesto, id.	10
Prof. Sorrentino Urbano, id.	10
Prof. Barmettler Giacomo, id.	10
Prof. De Maio Arcangelo, id.	10
Prof. Panzini Gerolamo, id.	10
Prof. Cerfoglia Vincenzo, id.	10
Prof. Maresca Michele, id.	10
Prof. Donadio Nicola, id.	10
Prof. Pavone Gaetano, id.	10
Dott. Pastore Vincenzo, Acquafondata	20
Dott. Ferrara Pasquale, Napoli	30
Dott. Tagliercio Achille, Ventotene	10
Dott. Fanelli Giuseppe, Napoli	5
Dott. Piazza Gerardo, S. Arpino	10
Dott. Froio Alfredo, S. Giovanni a Teduccio	10
Dott. Spedaliere Ettore, Napoli	10
Dott. Trotta Giuseppe, id.	20
Dott. Canzaniello Vitale, id.	20
Dott. D'Elia Arturo, id.	10
Dott. Vassilachi Costantino, id.	10
Dott. Mimidian Antonio, id.	10
Dott. Viollet Giovanni, id.	25
Dott. Capolongo Carlo, id.	10
Dott. Mele Pasquale, Arzano	10
Dott. La Selva Francesco, Napoli	10
Dott. Palumbo Giulio, id.	10
Dott. Solaro Alberto, id.	5
Dott. Capasso Pietro, id.	25
Dott. De Focatis Aristide, id.	50
Dott. Florio Armando, id.	20
Dott. Gioia Antonio, id.	10
Dott. Rinaldi Arturo, Velia (Salerno)	10
Prof. Gianturco Vincenzo, Napoli	15
Cap. Del Foco e Ten. Saccone Giuseppe	80.65
Ten. Col. Iacono Francesco	86.90
Dott. Gavioli Orazio, Potenza	10
Dott. Iasa Giuseppe, id.	10
Dott. Marotta Luigi, id.	5
Dott. Marino Michele, id.	10
Dott. Padula Domenico, id.	5
Dott. Petruccelli Umberto, id.	5
Dott. Ricciuti Michele, id.	10
Dott. Sarli Camillo, id.	5
Dott. Gilio Giuseppe, id.	10
Dott. Ferri Nicola, id.	10
Magg. M. Sassoli Ernesto	57.15
Cap. M. Vitolo Emanuele	59.50
Cap. M. Romano Gennaro	59.60
Cap. M. Fiore Geremia	47.40
Cap. M. De Cata Domenico	47.90
Cap. M. D'Alessandro Raffaele	47.40
Cap. M. De Bernardo Francesco	39.96
S. Ten. M. Greco Giov. Battista	30.20
Ten. M. Fabbioni Cesare	50
Ten. M. Martone Andrea	10
Ten. M. Fabbioni Cesare	20
Ten. M. Cipriano Salvatore	65
Dott. Santanartaso Alfredo, Casagiove	10
Dott. Della Corte Luca, Frignano Piccolo	10
Dott. Ruggiero Alfredo, Santa Maria a Vito	10
Cap. M. Trani Natalino	90
Cap. M. Ciccarelli Domenico	90
Cap. M. Rocco Zito	50
Dott. Chieffi Italo, Salerno	10
Dott. Nastri Giacomo, id.	25
Dott. Patella Giovanni, id.	20
Dott. Cocchia Cesare, id.	10
Dott. Di Lorenzo Carlo, id.	25

(*Continua*).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

CAMPO NELL'ELBA (*Livorno*). — Per S. Pietro; vedi fasc. 32. Scad. ore 18 del 22 ag.

CASTIGLIONE DELLA PESCAIA (*Grosseto*). — Per Vetulonia. L. 9000. Scad. ore 17 del 31 ag. Serv. entro 15 g. (*sic*).

CASTIGLIONE DELLE STIVIERE (*Mantova*). *Ospedale Civile*. — Direttore chirurgo. Vedi fasc. 31. Scadenza 31 agosto.

COLLALTO SABINO (*Roma*). — Consor.; ab. circa 3000 in 5 centri; L. 8000 stip. base, per 1500 pov.; L. 2000 indenn. resid. povera; L. 500 uff. san.; L. 2500 cav.; L. 1200 c.-v. Scad. ore 16 del 31 ag. Età lim. 40. Tassa L. 50 al tesoriere del comune. Serv. entro 10 g. (*sic*).

MAGLIANO SABINA (*Roma*). — A 30 giorni dal 5 agosto; 1ª condotta (città), con piccola zona della 2ª (campagna: mezzo di trasp. fornito dal Comune). L. 6000 residenziali, con 3 quinquenni decimo; nessuna indenn. c.-v.; L. 500 uff. san.

NOVI LIGURE (*Alessandria*). *Ospedale S. Giacomo* — Medico primario. Vedi fasc. 31. Scad. 30 sett.

PALESTRINA (*Roma*). — A 40 giorni dall'11 lug. Vedi fasc. 30.

PITIGLIANO (*Grosseto*). — Al 28 ag. 2ª cond.; L. 9000 resid.; c.-v. di L. 65 se celibe, di L. 100 se ammogliato; addizion. L. 3 oltre 1000 pov. Ab. 5606 senza fraz. Età lim. 40. Tassa di L. 50 al tesoriere comunale.

PORDENONE (*Udine*). *Ospedale civile*. — Radiologo. A tutto 31 ag. Titoli ed esami. L. 3000 (*sic*) annue, assegni c.-v., compartecipaz. tariffe. Età mass. 40. Laurea da almeno 3 anni. Vaglia post. di L. 50.15. Chiedere annunzio.

PROVAGLIO SOTTO (*Brescia*). — Cons. con Provaglio Sopra. Scade ore 12 del 21 agosto. L. 7000; sei quinquenni di L. 700; L. 800 mezzo trasporto; L. 500 uff. san. Condotta di Montagna, residenziale con 823 abitanti. Due c.-v. Servizio entro 30 giorni.

REITANO (*Messina*). — Scad. 31 ag. Vedi fasc. 30.

S. MICHELE AL TAGLIAMENTO (*Venezia*). — 2ª cond. ab. 4000 circa; L. 7800 e doppio c.-v.; indenn. malaria L. 1500; per cavallo L. 3400. Scad. 31 ag.

SONCINO (*Cremona*). — 3° reparto (Gallegnano-Isengo). Scad. 31 ag., ore 13. Poveri 800 circa. L. 6500 residenza; 4 quinq. decimo; fino a 1000 pov. L. 2000; ambul L. 200; una e mezza indenn. caroviv. Chiedere annunzio.

VOLTIDO (*Cremona*). — L. 7800 aumentabili a lire 11.200; per uff. san. L. 300; per bicicl. L. 200 (*sic*). Ab. 1298. Scad. 20 sett.

BORSE DI STUDIO.

PERUGIA. *Collegio per gli orfani dei sanitari italiani*. — Due borse di studio. Vedi fasc. 31. Scadenza 15 settembre 1924.

SALSOMAGGIORE. *Associazione Nazionale Italiana Dottoresse in Medicina e Chirurgia*. — Borsa di studio Wassermann. Vedi fasc. 31. Scad. 31 ag. 1924.

CONCORSI A PREMI.

BOLOGNA. *Istituto Ortopedico Rizzoli*. — Premio Umberto I. Vedi fasc. 30. Scad. 31 dicembre 1924.

BOLOGNA. *R. Accademia delle Scienze*. — Fondazione S. Pozzi. Vedi fasc. 7. Scad. 31 dic. 1924.

FIRENZE. *Società Italiana di Pediatria*. — Quattro premi della Fondazione Mantovani. Vedi fascicolo 32. Scad. 31 dicembre 1924.

MILANO. *Municipio*. — Due premi della Fondazione dott. A. Beretta. Vedi fasc. 15. Scad. ore 12 del 28 feb. 1926.

MILANO. *R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere*. — Due premi della Fondazione Fossati. Scadenza ore 15 del 1° apr. 1925 e ore 15 del 31 dic. 1926. — Premio della Fondazione Ernesto De Angeli. Scad. ore 15 del 31 dic. 1926. Vedi fasc. 17.

MODENA. *R. Università*. — Premi Riccardo Luzzatto e Alfredo Simonini. Vedi fasc. 19.

ROMA. *Associazione Italiana per l'Igiene*. — Concorso per la propaganda igienica. Vedi fasc. 24.

ROMA. — *Ministero della Guerra*. — Premio Riberi. Vedi fasc. 8. Scad. 31 dic. 1924.

ROMA. *Reale Accademia dei Lincei*. — Due premi offerti dall'Istituto d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale: vedi fasc. 24. Scad. 30 sett. 1926.

ROMA. *R. Università*. — Due premi di fondazione Girolami. Scad. 31 dic. 1924

ROMA. *Società Italiana di Medicina Interna*. — Due premi ditta Hoffmann-La Roche. Vedi fasc. 15. Scad. ore 16 del 31 dic. 1924 e del 31 dic. 1925.

TORINO. *R. Accad. di Medicina*. — Premio Riberi. Vedi fasc. 33 del 1923. Scad. 31 dic. 1927.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il dott. Nicola Novaro, già assistente alla R. Clinica della Università di Siena, ha conseguito per esame la libera docenza in Clinica chirurgica e Medicina operativa in detta Università. Il tema era: «I tumori della lingua e la loro cura chirurgica». Commissione composta dai proff. Tiberti, Barbacci, Cova, Donati M. e Niosi.

Il prof. Antonino Russo Giliberti di Palermo è nominato cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia.

NOTIZIE DIVERSE.

Nei servizi sanitari centrali.

Quale vice-direttore della Sanità pubblica è stato nominato il comm. dott. Gaetano Basile, che ebbe già a disimpegnare importanti funzioni: commissario del Comune di Napoli pel riordinamento dei servizi igienico-sanitari, rappresentante tecnico del Governo presso gli Ospedali di Roma, direttore dei servizi sanitari in Libia, ecc.; dal 1912 è a capo dei servizi igienici presso la Direzione generale della Sanità.

Per la solida preparazione tecnica, per il carattere integro, per lo spirito aperto ed alacre, che rifugge dal rigido funzionarismo e dalla burocratizzazione, è uomo a posto.

Il nuovo direttore generale, dott. Messea, troverà in lui un eccellente cooperatore.

***

Alla direzione generale dell'Amministrazione civile, in sostituzione del dott. gr. uff. Alberto Pironti, è stato chiamanto il comm. dott. Vittorio Serra Caracciolo, ben noto per la sua solida capacità amministrativa e per le sue qualità di uomo sin dai tempi in cui era consigliere alla prefettura di Roma. La brillante carriera percorsa come prefetto è conferma del suo valore personale. Nel nuovo ufficio, il più alto forse nel campo amministrativo, darà prova della sua preparazione giuridica e della sua pratica amministrativa.

***

Con la nomina del Messea a direttore generale e del Basile a vice-direttore della Sanità pubblica, da un lato, del Serra-Caracciolo a diretore generale dei servizi amministrativi al Ministero dell'Interno, dall'altro, l'ordinamento della Sanità e il funzionamento dei servizi tecnico-amministrativi che riguardano la profilassi e l'assistenza sanitaria passano in nuove mani. Un complesso di energie, preparate e addestrate nei cimenti della vita moderna, assume la responsabilità di continuare e perfezionare una tradizione di iniziative feconde e di sagace amministrazione che è stata di grande onore per il nostro paese.

Non è stato forse accidentale ed è certamente un vantaggio che il rinnovamento sia avvenuto contemporaneo nel corpo direttivo, perchè si potranno meglio stabilire gli accordi e le intese che portano unità e armonia nei servizi dell'amministrazione sanitaria.

Corso di perfezionamento.

Fra il 7 e il 13 settembre si terrà anche quest'anno a Carlsbad un corso di perfezionamento per medici. Il programma consta di 24 conferenze ad argomenti riferentisi a quasi tutte le branche della medicina. — Fra i conferenzieri vi sarà quest'anno il prof. Vittorio Ascoli, clinico medico di Roma; le altre conferenze saranno tenute da professori universitarii del Brasile, della Germania, dell'Olanda, del Giappone, degli Stati Uniti di America, della Norvegia, dell'Austria, della Svezia, della Svizzera, della Ceco-Slovacchia e dell'Ungheria.

I medici italiani che intendono parteciparvi o avere informazioni sono pregati di rivolgersi al dott. Edgar Ganz, Geschäftsführung der Fortbildungskurse, Karlsbad (Ceco-Slovacchia). Essi hanno diritto, per sè e per la famiglia, al visto cecoslovacco gratuito sul passaporto e al ribasso del 33 % sulle ferrovie della Ceco-Slovacchia.

Stipendi degli universitari.

Con decreto recentemente pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* gli stipendi del personale d'insegnamento universitario sono così stabiliti: professore di ruolo L. 23.500; professore incaricato lire 7.500; aiuto L. 11.000; assistente L. 10.000; tecnico L. 9.500; subalterno L. 8.000.

Alle terme e spiagge di Romagna.

Un gruppo di circa cinquanta medici ha visitato, ad iniziativa del periodico «Terme e Riviere» di Pisa, durante i giorni 14, 15 e 16 luglio, le stazioni idriche e termali della Romagna: i gitanti sono stati accolti ovunque con festeggiamenti. È stata distribuita loro una medaglia ricordo.

Il Congresso universitario mondiale.

Indetto dalla Confederazione internazionale degli studenti, si svolgerà a Varsavia durante il mese di settembre. A fianco del Congresso si terranno campionati universitari mondiali sportivi, i quali ribadiranno il concetto che l'educazione della mente non deve essere disgiunta da quella del corpo.

Gli interessati possono chiedere notizie alla sede dell'U. N. U. in Roma, via XX Settembre, 26.

In onore della signora Curie.

La città di Varsavia, capitale della repubblica polacca, ha conferito alla signora Curie il titolo di concittadina benemerita.

Concorso letterario vinto da un medico.

Il premio Balzac è stato assegnato al dott. Pierre Lucchini, il cui pseudonimo letterario è Pierre Dominique, per il suo romanzo «Notre Dame de la Sagesse». Il dott. Lucchini, evidentemente oriundo italiano, è nato nel 1891 a Courtenay, dipartimento di Loiret; ha conseguito la laurea a Parigi ed ha esercitato tre anni in Corsica prima di consacrarsi alla letteratura.

Parto simulato.

A Novara sono state denunziate dal maresciallo dei carabinieri, per simulato parto, la signora Angela Meunier, vedova dell'ing. Thenevot, suddita francese, le levatrici Maria Cibò e Luigina Bazzani, che avrebbero favorito il trucco, e la madre del neonato. Le quattro imputate si sono rese irreperibili. L'ing. Thenevot aveva lasciato 8 milioni di franchi, depositati in banche francesi, a favore del nascituro, presunto suo figlio. La vedova si era stabilita a Novara da poco, presso una delle due levatrici.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di maggio 1924.

MALATTIE	28 apr. 4 magg.		5 11 maggio		12-18 maggio		19-25 maggio		26 mag. 1 giug.	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo . . .	282	2354	294	2122	294	2116	310	2012	260	1545
Scarlattina . .	88	215	82	219	83	247	116	270	83	218
Vajuolo e vajoloide.	1	2	2	2	3	4	3	10	4	4
Tifo addominale.	96	151	101	175	111	192	129	218	96	190
Difterite e croup	151	250	156	242	172	315	146	248	102	186
Meningite cerebro-spinale. .	7	7	11	12	11	12	8	8	10	13
Dissenteria . .	3	5	4	5	2	2	5	5	5	5

Tifo petecchiale, colera asiatico, peste bubbonica nessuna denunzia.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Anales Facult. Med. (Montevideo), aprile. — B. ETCHEPARE. Sogno e allucinaz. — C. BORDONI POSSE. Trattam. del diabete grave.

Arch. Méd. Belges, apr. — L. FONTANA. Azione del Bayer 205 sulla tripanosomiasi umana.

Cultura Stomatol., lug. — P. BOGGIO. La gangrena della polpa.

Prensa Méd. Argent., 20 mag. — C. OROL ARIAS. Arsenio-bismuto-mercurio resistenza. — 30 mag. A. M. SIERRA. Dilataz. ventricolare e subependimale nella par. gen. pr.

Boston Med. a. Surg. Journ., 19 giu. — C. MACFIE CAMPBELL. La psichiatria nella pratica med.

Pediatria, 1 lug. — S. DE VILLA. Intradermoreaz. nel morbillo. — O. COZZOLINO. Leucocitosi nella pertosse.

Journ. Sc. Méd. de Lille, 29 giu. — L. DANEL. La sifil. second. del sistema venoso.

Arch. de Med., Cir. y Esp., 28 giu. — F. MATTAUSCH. I leucociti granulosi polimorfo-nucleari nella tbc. polm. cron.

Münch. Mediz. Woch., 27 giu. — A. WILLSTÄTTER, GOTTLIEB, K. BRODT, e altri. La psicaina, nuovo anestetico locale. — H. WACHTER. Ereditarietà del cancro.

Gazz. d. Osp. e d. Clin. 15 giu. — F. ALESSIO. Splenomegalia cirrogena da malaria.

Medic. Ital., mag. — G. FRANCESCHINI. Modificazioni del sifiloma iniziale.

Stomatol., giu. — A. PERNA. L'anestesia in odontoiatria ed in stomatologia.

Journ. d. Prat., 28 giu. — A. ACHARD. Fototerapia delle peritoniti tbc.

Radiol. Med., lug. — G. BECCHINI. Spasmi gastrici e spasmi pilorici. — E. MILANI. Peristalsi e così detti movimenti propri della mucosa del tratto digiunale.

Arch. Mal. Appar. Digestif, ecc., mag. — E. KUMMER. Risultati remoti del trattam. chirurgico dell'ulcera della picc. curvat.

Bull. Ac. de Méd., 24 giu. — A. CALMETTE e altri. Tentativo d'immunizzaz. contro l'infez. tuberc. — P. BAZY. Cura radic. dell'idrocele renale con l'iniez. iodata. — L. BERNARD e THOMAS. Enterocoliti da protozoi guarite con lo stovarsol.

Arch. de Med., Cir. y Esp., 5 lug. — R. L. BAENA. L'ulcera gastr. d'orig. traumatica.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 22 giu. — B. MUNARI. Adiposità ipofisaria post-encefalitica.

Zbl. f. inn. Med., 5 lug. — P. ENGELEN. La diagnosi funzionale del sistema circolatorio.

Riforma Med., 30 giu. — L. DE GAETANO. Chirurgia riparatrice per lesioni degli organi del movimento. — G. PELLACANI. Terapia iniziale delle neuropatie sifilit. parenchim.

Brazil-Med., 7 giu. — H. RÔXO. Uremia e alienaz. mentale.

Rinascenza Med., 15 lug. — A. VASATURO. Ipofisi e patogenesi del rachit.

Journal A. M. A., 28 giu. — H. B. THOMAS. Medicina ortopedica preventiva. — A. SPEIK, E. N LILJEDAHL e M. A. FALK. La prova di Fouchet dell'ittero latente. — N. P. ENGLETON. La psicologia nella pratica medica. — C. C. WANGE M. DYE. Il metabolismo nell'obesità.

Ann. di Med. Nav. e Col., mag.-giu. — G. GELONESI. La sifilimetria di Vernes.

Scalpel, 16 lug. — Resoc. delle giornate mediche di Bruxelles.

Actinoterapia, mar. — A. MELDOLESI. Terapia del tracoma con le radiaz. secondarie (met. Ghilarducci).

Clin. y Laborat., giu. — R. H. ALCORTA. Le false febbri puerperali.

Calabria Med., gen.-feb. — P. BAR. Gravidanza complicata a diabete zuccherino. — M. VALENTINI. Terapia delle pleuriti col cloruro di calcio.

Rass. Intern. di Cl. e Ter., giu. — Numero sul cancro.

Paris Médic., 12 lug. — SAVIGNAC. Le fistole gastro-coliche. — DOPTER. Rapporti tra meningococcia e infezione grippale influenzale.

Riv. di Clin. Pediatr., lug. — C. COCCHI. Amilasi nella saliva durante i primi mesi di vita.

Colorado Medicine, lug. — G. BUCHANAN. L'esaurimento nervoso cronico.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 6 lug. — U. MONDINI. Iniez. intracardiache di adrenalina.

Giorn. di Med. Mil., lug.-sett. — S. SALINARI. Trattamento delle ferite osteo-articolari d'arma da fuoco.

Rev. Med. d. Uruguay, apr. — P. SCREMINI. Il segno di Negro nella paralisi facc.

Pensiero Med., 20 giu. — G. MUSCATELLO. La colelitiasi con spec. riguardo alle complicaz. pancreatiche. — G. FIORE. L'ultra-sole Landeker.

Brit. Journ. Radiol. giu. — M. B. R. SWAM. Effetti dei raggi X sulle funzioni di certi organi e tessuti. — C. GUY WHORLOW. Radiografia di pseudo-coxalgie.

Studios Médicos, mag. — F. B. MORENO. I sintomi in patologia mentale. — S. PARCUAL. I contributi della medic. alla criminalogia.

Mediz. Klinik, 13 lug. — H. RIETSCHEL. Come il calore estivo danneggia la salute dei bambini. — O. HUNTEMÜLLER. «Escrezione» di microrg. attrav. il feg. e i reni. — H. WEITGASSER. Sullo stovarsol. — A. MOELLER. Terapia d'inalazione alla Wenninger nella tbc. polm.

Münch. Mediz. Wochens., 11 lug. — A. MAYER. Trattamento dell'ileo paralitico. — I. ZADEK. La prognosi del morbo di Biermer. — H. CURSCHMANN. Le neurosi vasomotorie e trofiche.

Zbl. f. inn. Med., 12 lug. — K. HEYMANN. Lo stovarsol nella profilassi e terapia della sifilide.

Ann. di Ostetr. e Ginec., 30 giu. — C. CASSIOLI-Trivella-tiratesta.

Cult. Med. Moderna, 15 lug. — C. PIAZZA. L'insulina atossica. — F. LO PRESTI-SEMINERIO. Cosidetta «malattia dei vomiti abituali».

Arch. de Med., Cir. y Esp., 19 lug. — A. CALMETTE, C. GUÉRIN e B. WEILL-HALLE. Tentativo d'immunizzaz. contro la tbc.

Clinica Pediatrica, giu. — F. ZIBORDI. Raggi Roentger come metodo di saggio nelle emopatie dell'infanzia. — A. BACCICHETTI. Forma del cuore infantile.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 - Tip. Cartiere Centrali (S). L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXXI — Roma, 25 Agosto 1924 — Fasc. 34

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE ALBERTI IN S. GIOVANNI VALDARNO.
Prof. dott. PIETRO BASTIANELLI
Direttore Sanitario e Chirurgo Primario

L'evoluzione dei criteri curativi ed operativi nel trattamento dei pazienti gastro-ulcerosi.
(Contributo clinico sulla ulcera della piccola curvatura).

Quel medico che, dinanzi alle complicanze gravissime dell'ulcera gastrica in attività o anche dinanzi al protrarsi per anni di crisi gastriche (iperclorídria, dolori in relazione ai pasti e calmantisi con gli alcalini) abbia sorpassato il tempo di esperimento d'una leale cura medica (sempre da applicarsi all'inizio dell'ulcera gastrica) e voglia continuare la terapia medica a base di rigorosa alimentazione lattea e di alcalini (bismuto, magnese bisurata, bicarbonato di soda, carbone di Belloc, ecc.) e di sedativi (atropina, mistura dell'Ewald, papaina) quel medico dico, non credo possa essere tranquillo in coscienza.

Purtroppo a trarlo in inganno fino a poco tempo fa vi era l'andamento evolutivo sintomatologico dell'ulcera gastrica, specie della piccola curvatura, che, con l'arrestarsi dei sintomi (dispepsia, iperacidità, rigurgiti, pirosi e dolori gastrici calmantisi con l'assorbimento di alcalini, e necessità di dieta lattea), poteva persuaderlo a credere in una vera e propria guarigione. Invece oggi il fatto anamnestico ha valore di sintomo patognomonico e cioè la alterna vicenda di benessere e di crisi gastriche da ulcera è dimostrato come dato affermativo sicuro e certo della evoluzione sintomatologica dell'ulcera gastrica e deve far cambiare rotta terapeutica al medico. Molto più che la sorpresa radioscopica (éncoche) persistente e resistente alla atropina e la fissazione sulla lastra dell'alterato dinamismo gastrico, sia pure nel momento di posa, nelle ulceri gastriche croniche a sede sulla piccola curvatura (più frequenti di quanto non si creda e cause di errori diagnostici anche per internisti sperimentati) e la nicchia (v. Haudeck) o anche l'ombra rotonda dell'Heumiester ed il diverticolo nei casi di ulcera callosa e perforante clinicamente dubbia, assicurano qualunque più preciso e meticoloso medico-internista che si trova dinanzi ad ulcera gastrica, e che quindi deve sentire il bisogno di consegnarla al chirurgo.

Nè la moderna cultura del medico trova molta difficoltà a differenziare dagli ulcerosi gastrici i falsi gastropatici (vittime di errori igienici e dietetici, sofferenti di appendicite (ul-

cera iliaca del Moynihan), colecistite, malattia del Lane, membrana del Jackson, le ptosi, le annessiti) e così pure tutte quelle lesioni che non sono nè gastriche nè addominali (pretubercolari, pretabetici, insufficenze epato-renali, lesioni cardio-vascolari, gli acetonici), nonchè quelle infezioni luetiche trascurate con localizzazioni gastriche la cui natura deve essere sempre ricercata come raccomandano il Castexe, il Pauchet, nelle quali è giusta la cura antisifilitica seguita dall'intervento (resez. subtotale; 60 % di guarigione) se quella abbia avuto resultati negativi.

Chiusa questa parentesi di diagnostica differenziale il medico internista, dinanzi a gastro-pazienti-ulcerosi trovasi di fronte ad un bivio aprentesi dinanzi alla sua coscienza ed al suo sapere e si deve risolvere per la via giusta che è la operativa. Il medico moderno colto non può disinteressarsi di risolvere tale problema in senso affermativo chirurgico a meno che non si voglia dimostrare affatto digiuno delle questioni di frontiera (Léjars) tra medicina e chirurgia sulle quali l'illustre Maragliano or sono tre anni a Napoli alla seduta di collaborazione medico-chirurgica dei due Congressi di medicina e chirurgia riteneva, assai opportuno insegnare alle scolaresche universitarie.

D'altra parte la cessione al chirurgo di casi sì fatti mette i medici nelle condizioni di compiere il proprio dovere terapeutico e di concorrere ai problemi utili dal punto di vista del rendimento umano-sociale, intellettuale e morale. Io non voglio dilungarmi a sviluppare questi criteri etico-sociali e neanche toccare il problema della applicazione della cura per i ricchi e per i poveri, che per me debbono riguardarsi alla stregua dei medesimi concetti di trattamento, ma mi basta fare osservare che l'affetto da ulcera gastrica anche cronica senza complicanze deve sopportare sofferenze tremende che gli minano l'esistenza per lo scadimento di forze che determinano la perdita della capacità al lavoro manuale ed intellettuale: esso gastro-paziente non rappresenta più un valore economico per sè, per la sua famiglia e per la società così che l'espressione di Göethe che la morte è da preferirsi ad una vita di sofferenze è purtroppo giusta.

Io sono da molti anni convinto che il trattamento chirurgico dell'ulcera deve essere consigliato dal medico e radicalmente eseguito dal chirurgo e cioè eseguito con resezioni più o meno estese malgrado che non si abbiano avute sanzioni cliniche ed anatomo-patologiche nè sperimentali che ci assicurino con precisione il meccanismo patogenetico dell'ulcera gastrica. A questa persuasione di convinzione non solo mi portano i miei 38 casi di resezioni più o meno estese di ulcera con un morto, indipendente da errori di tecnica, ma le statistiche di colleghi valorosi esteri e nostrani e cioè del von Eiselberg, del Kuttner, del Majo, del von Haberer, del Pauchet, del Rowsing, dell'Uffreduzzi, del Giordano, del Cappelli, Oliani, ecc.

Gli argomenti portati contro (disconoscenza etiologica, mortalità, recidività, postumi a distanza) hanno oggi un valore minimo perchè i chirurgi seguaci delle resezioni più o meno estese hanno con le loro statistiche debellato vittoriosamente gli oppositori. Portare a conoscenza del ceto medico che è infine il collaboratore nostro più diretto a costituire una coscienza chirurgica per la utilità di certi atti operativi (resezione più o meno estesa dell'ulcera gastrica), i propri resultati è doveroso e poi perchè si deve chiarire quali specie di operazioni sono quelle che corrispondono nella cura dell'ulcera e non seguitare a far credere che con una semplice gastro-digiunostomia stilizzata e sistematicamente elevata a metodo si debbano guarire le ulceri. Infatti il drenaggio gastrico con la gastro-digiunostomia non funziona già sempre, come del resto la sorpresa radioscopica dimostra a spiegazione dei non resultati clinici della gastro-digiunostomia: bisogna che i chirurghi più dei medici si persuadano che la neobocca non funziona come un trabocchetto per il contenuto endo-gastrico e si persuadano che lasciando permeabile l'orifizio pilorico, la corrente per questo non è tolta ed interrotta dalla neobocca della gastro-enterostomia, ma data la struttura architettonica dello stomaco e la sua abitudine funzionale, atavica, preistorica il contenuto endo-gastrico tende e s'indirizza verso il vecchio piloro e di qui il ristagno alimentare ipercloridrico, e gli spasmi dolorosi. Infatti il piloro colla regione antrale è il signoreggiatore della funzione gastrica e la mantiene alterata quando appunto non è messo fuori di azione. Non si disconosce che per casi eccezionali la gastro-digiunostomia possa avere un valore magari d'intervento palliativo o di preparazione ad altri più complessi (eccettuato si intende la indicazione classica di stenosi, ulcera pilorica sclerosata stenosante) ma la gastro-digiunostomia non può essere la panacea delle diverse lesioni gastriche. Aver fatto credere questo è stata la causa del senso di sfiducia dei medici internisti che dopo l'inutilità di cure mediche ebbero a rivolgersi al chirurgo, il quale, solo avvalendosi della gastro-digiunostomia non li soddisfece e forse essi subirono rimproveri dai clienti consigliati da loro all'intervento. Dunque i resultati avuti dalla maggioranza dei medici a riguardo degli operati per ulceri (s'esclude l'indicazione classica di ulcera nella sclerosi stenotizzante il piloro), e

anche purtroppo dai collaborazionisti leali dei chirurghi hanno scontentato e giustamente i colleghi. Il pubblico che ascolta più volentieri chi non consigli o chi dissuada atti operatori e che non ha il modo di essere edotto dei buoni resultati ottenuti dai chirurghi che applicano concetti curativi moderni, se si rivolge ai colleghi non soddisfatti dei resultati di cure chirurgiche eseguite con metodi irrazionali ed antiquati, si persuade dell'inutilità di atti operativi così che il chirurgo si trova dinanzi a due correnti sfavorevoli. In verità io non posso mettermi fra i chirurghi che siano ostacolati anzi vedo accrescere il numero degli ulcero-gastro-pazienti che fiduciosamente mi si affidano perchè appunto i resultati costituiscono la migliore propaganda alle idee chirurgiche anche se dalla pluralità non vengano accettate e siano contrariate.

Per tutte queste ragioni e per i resultati ottenuti sento il preciso dovere di concorrere alla diffusione di queste idee sulla radicalità di cura dell'ulcera gastrica occupandomi da venti anni di chirurgia gastrica con più di 800 interventi i più svariati e avendomi fatte idee speciali a riguardo delle diverse indicazioni vecchie, nuove e moderne in relazione alle ultimissime concezioni delle entità patologiche gastriche sotto il punto di vista fisiologico, radiologico, clinico e sperimentale.

Il contributo di nuovi dieci casi che io illustro e che faccio conoscere fu da me presentato all'ultimo Congresso della Società Italiana di Chirurgia a Roma nel 1923 e che uniti ai 28 dànno un totale di 38 casi. Ora, poichè in questi ultimi dieci casi ebbi zero mortalità in tutti posseggo una statistica di 38 casi con un morto e per ragioni indipendenti dalla tecnica come potei stabilire con una necroscopia parziale. Mentre io posso assicurare sopra i resultati ottimi a distanza dei 28 casi in questi dieci, dato il tempo breve di osservazione, ciò non mi è permesso; però io fino adesso non ho avuto a ricevere lagnanze e credo, per le condizioni in cui trovansi gli operati, poter ritenere che i resultati saranno ugualmente buoni.

Ecco in succinto le storie e le osservazioni cliniche e radiologiche di essi.

N. 1. — P. Antonio, di anni 31, di Terranuova Bracciolini.

Diagnosi clinica: Ulcera della piccola curvatura.

Dati clinici: Da 5 anni dolori retroxifoidei; retrosternali diffusi al dorso, VII-XII dorsale (punto vertebrale di Seidl) durante la digestione nei periodi di crisi dolorosi. Da 2 mesi vomito alimentare giornaliero. Dolore precoce tenace intensissimo, e cessazione con lo svuotamento: mai ematemesi. Dieta liquida: dimagramento notevolissimo.

Dati radioscopici: stomaco del Riedel a sinistra, non dilatato, rientramento sulla grande curvatura da spasmo circolare meso-gastrico. Svuotamento 4 ore.

Dati chimici: iperchloridria. Acidità totale: 7.50 per mille.

Operazione. — Resezione ovalare dell'ulcera ubicata all'unione del terzo medio col terzo superiore: sutura longitudinale, gastro-digiunostomia trans-mesocolica diretta. Blockage parziale dell'antro: esclusione alla Parlavecchio.

Dati anatomo-patologici durante l'operazione: all'unione circa del terzo medio col terzo superiore

FIG. 1. - N. 1. — P. Antonio, di anni 31, da Terranuova. Ulcera rotonda della piccola curvatura; unione 3° medio col 3° sup.

della piccola curvatura si trova un ingrossamento ovulare ubicato sulla parete gastrica posteriore, biancastro e ricoperto da strie biancastre.

Dati anatomo-patologici post-operativi: ulcera rotonda di 8 mm. interessante la parete gastrica fin sotto la sierosa con bordi netti a fondo grigiastro. Guarigione chirurgica e funzionale almeno fino adesso. Aumento 10 kg.; mangia di tutto.

Diagnosi anatomo-patologica: ulcera rotonda della piccola curvatura.

FIG. 2. - N. 2. — R. Costantino, di anni 44, da Loro. Ulcera rotonda della piccola curvatura (terzo medio).

N. 2. — R. Costantino, di anni 44, da Loro Ciuffenna.

Diagnosi clinica: Ulcera della piccola curvatura.

Sintomi clinici: Da due anni cure mediche ininterrotte; periodi di sofferenze ad intervalli (dato di grande valore dell'ulcera gastrica); dolori retroxifoidei diffusi al bordo costale destro e sinistro e al dorso (VII-XII dorsale, punto vertebrale di Seidl) durante la digestione. Cessavano da prima col bicarbonato ora non più, la calma sopraggiungeva a stomaco vuoto e ritornava il dolore con nuova ingestione.

Dieta liquida: dimagramento, dolori continui dopo ogni pasto sia pure liquido.

Sintomi radioscopici. — Stomaco poco dilatato e ptosico. Segno di Heumister a forma di macchia opaca a ripetuto esame sulla piccola curvatura, e in corrispondenza un forte e tenace rientramento (éncoche) sulla grande curvatura.

Operazione. — Resezione losangica della parete posteriore (sede dell'ulcera) e della parete anteriore; sutura longitudinale (12 cm.): gastrojejunostomia diretta. Blockage porzione antrale, esclusione alla Parlavecchio.

Dati anatomo-patologici durante l'operazione. — L'ulcera si riconosce sulla piccola curvatura circa al terzo medio perchè per l'estensione di due soldi (moneta antica) essa è sollevata, bombée. Disinserito il piccolo epiploon, esiste una zona di infiltrazione con la sierosa inspessita e lucida (processo ulcerativo giunto fino alla sierosa).

Dati anatomo-patologici post-operativi. — L'ulcera resecata è a bordi netti, un po' ovalare con fondo grigio giallastro corrispondente alla sierosa ispessita e infiltrata.

Diagnosi post-operativa. — Ulcera rotonda della piccola curvatura 3° medio.

Guarigione chirurgica e funzionale. Il giorno 5 ottobre 1923 fu da me causalmente incontrato: è ingrassato, non ha dolori, mangia senza restrizioni.

Dati clinici: 17 anni addietro ematemesi.

Sovrapposizione dei sintomi clinici da ulcera della piccola curvatura su quelli da ptosi grave con atonia: vomito negli ultimi tempi. Causa la ptosi il dolore era disceso, non era sulla linea mediana a sinistra retroxifoideo.

Nel primo lavaggio gastrico apparve piccola quantità di sangue che si riferì all'ulcera: fu sospeso subito.

Sintomi chimici. — Impossibile rilevarli.

Sintomi radioscopici: stomaco allungato con la grande curvatura nella fossa iliaca pseudo-clepsidra non permanente.

Dopo 5 ore presenza di bario (disfunzione) più della metà.

Operazione. — Resezione subtotale gastrica. Gastrojejunostomia postero-inferiore alla Von Hacker. B. 4 Mhurphy. Sutura di rinforzo circolare.

Dati anatomo-patologici durante l'operazione. — Sulla piccola curvatura presso l'unione del 3° medio col 3° inferiore, ma sulla parete posteriore, esiste una cicatrice infossata stelliforme, con zona infiltrata e dura. Con la punta dell'indice si penetra pur essendo coperta con la parete anteriore, in una scodelletta ubicata nella posteriore. Resecato il piccolo epiploon si riconosce l'ulcera aderente alla faccia anteriore della porzione cefalica del pancreas.

Dati anatomo-patologici post-operativi. — L'ulcera è a forma irregolare triangolare con zona di infiltrazione ubicata a pochi mm. dalla piccola curvatura, sulla parete posteriore gastrica: bordi netti, fondo lardaceo. Per la sede non è l'ulcera da ptosi (Rowsing) che è sui punti di angolizzazione e per lo più sono spesso due o tre. L'ulcerazione aveva dato un po' di forma a clepsidra allo stomaco. Guarigione chirurgica e funzionale. È da notarsi che i disturbi da ptosi sono scomparsi. Sta bene. Diagnosi post-operativa. Ptosi gastrica grave e ulcera irregolarmente triangolare di forma, sulla piccola curvatura.

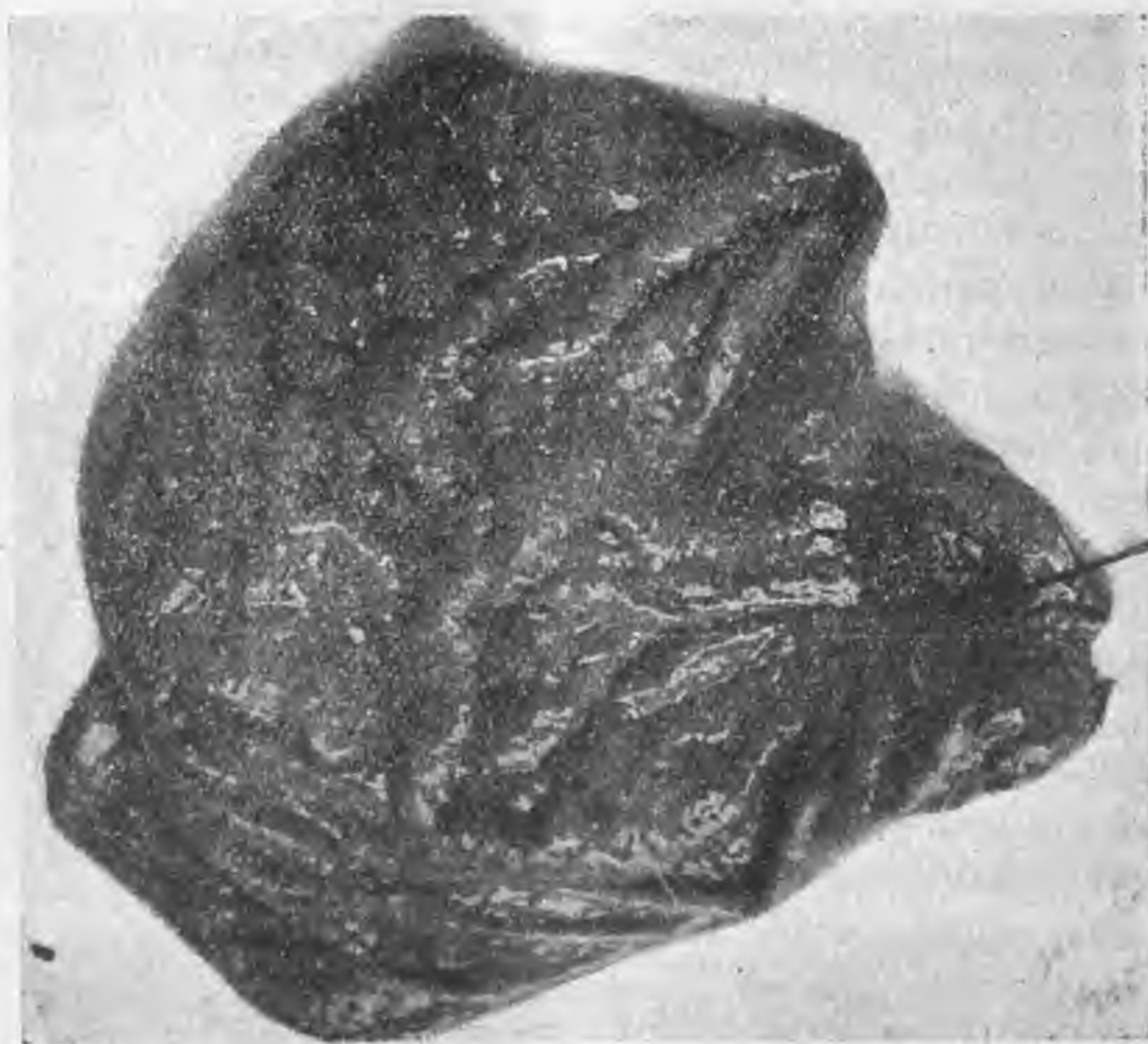



FIG. 3. - N. 3. — C. Elvira, di anni 55, di Incisa Valdarno. Ulcera gastrica in gastroptosi. Resezione subtotale. Billroth 2ª.

N. 3. — C. Elvira, di anni 55, di Incisa Valdarno.

Diagnosi clinica: Ulcera gastrica in gastroptosi. La grande curvatura arriva fino alla fossa iliaca sinistra. Ptosi renale e cecale).

N. 4. — B. Maria, di anni 48, di Incisa Valdarno.

Diagnosi clinica: Ulcera gastrica della piccola curvatura.

Dati chimici. — Acidità totale 4,50 per mille.

Dati anatomo-patologici. — Durante l'operazione si riscontra all'altezza dell'unione del 3° medio col terzo inferiore della piccola curvatura una cica-

Ulcera più piccola faccia ant.

Ulcera più estesa faccia post.

FIG. 4. - N. 4. — B. Maria, di anni 48, di Incisa Valdarno. Ulcera più estesa parete post. più piccola sull'anteriore, ulcere ubicate sui due versanti gastrici. (Kissing-ulcers), al 3° medio e 3° inferiore. Resezione subtotale.

Dati clinici: Sofferente da più di 15 anni; periodi dolorosi intermittenti (da prima anche 6-8 mesi) le crisi si sono avvicinate dopo, ematemesi 6 anni or sono. Attualmente dolori epigastrici con

trice pianeggiante di colore argenteo: essa è situata come a cavallo ai due versanti gastrico anteriore e posteriore cosicchè queste due pareti sono dure ed ispessite per una zona di circa 4 cm.

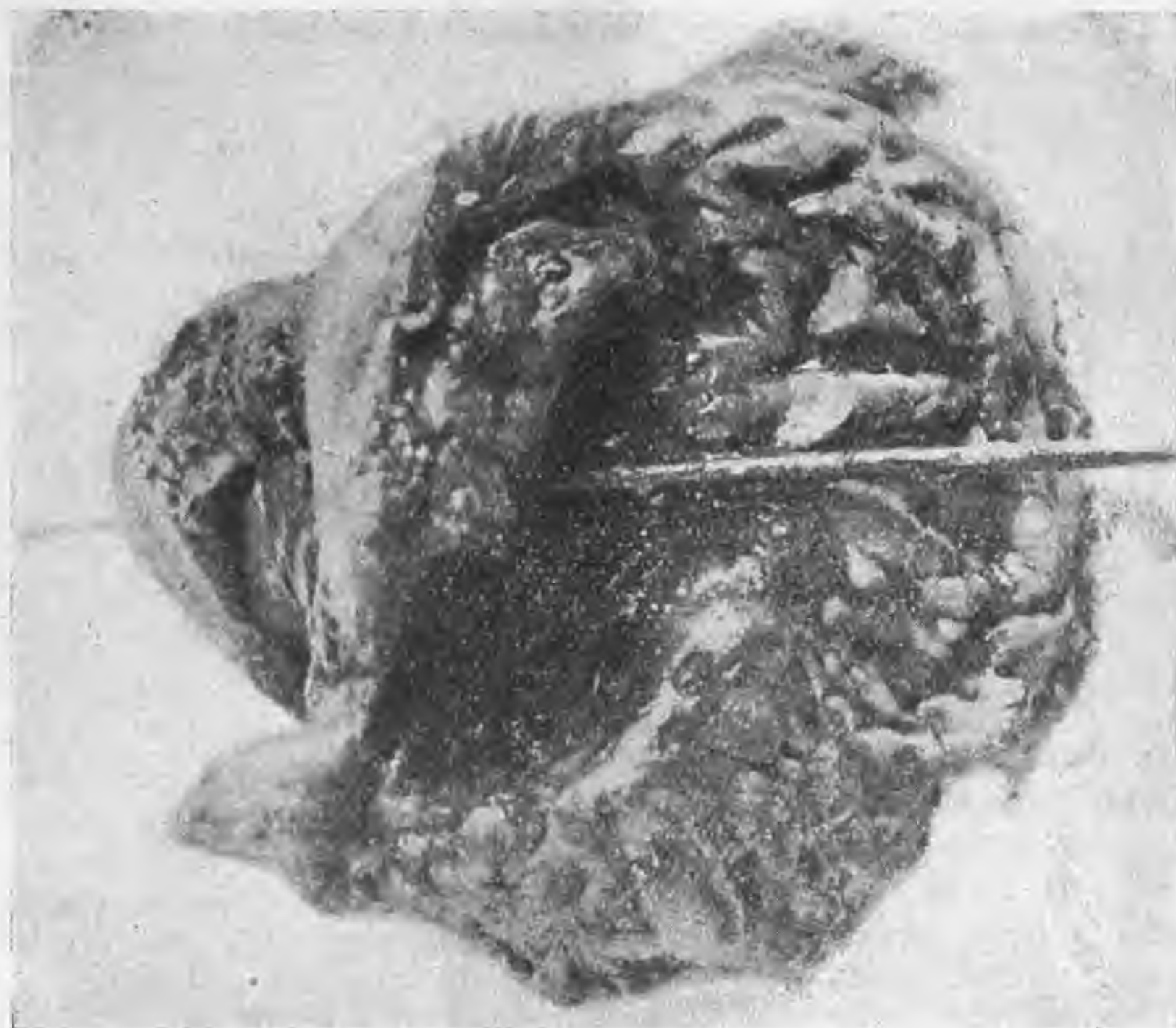



FIG. 5. - N. 5. — S. Celestino, di anni 53, da Laterina. Ulcera in degenerazione epiteliale. Resezione estesa subtotale.

irradiazioni sui bordi costali destro e sinistro, e anche al dorso, non guazzamento, vomito rarissimo.

Dati radioscopici: stomaco non aumentato di volume ad uncino; accentuato rientramento sulla grande curvatura: svuotamento ritardato (4 ore).

Operazione. — Resezione estesa sub-totale. Gastro-digiunostomia. B. N. 4. Sutura circolare a punti staccati.

Dati anatomo-patologici post-operativi. Aperto lo stomaco sulla piccola curvatura si riscontra un'ulcera nell'estensione di un pezzo da 5 lire a bordi

duri con fondo grigiastro e zona infiltrata sulla parete posteriore e una, meno estesa, sulla anteriore. Ambedue non sono rotonde ma lievemente ovalari. (Kissing-ulcers).

Diagnosi anatomo-patologica post-operativa: Ulcere rotonde della piccola curvatura, parete anteriore e posteriore. Guarigione chirurgica funzionale. È ingrassata e non ha disturbi.

N. 5. — S. Celestino, di anni 53, da Laterina.

Stenosi pilorica incompleta da probabile ulceracancro.

Dati clinici: Padre morto per carcinoma. Dolori da 14 anni ad intermittenze dopo l'ingestione dei cibi. Non v'era vomito. Si palpava molto spostabile sulla linea mediana un po' a sinistra una massa dura mobile (piloro).

Dati radioscopici: Stomaco dilatato, abbassato, spostato tutto a sinistra, lacunare la regione antrale. Dopo 6 ore circa la metà di bario nello stomaco.

Operazione. — Resezione sub-totale, gastro-digiuno-stomia posteriore B. 4. Sutura di rinforzo continuo.

Dati anatomo-patologici durante l'operazione. — Il piloro è aumentato di volume in totalità liscio; assai duro è il terzo inferiore della piccola curvatura con cicatrice retratta imbutiforme; il piccolo epiploon aderente ad esso, la parete posteriore è occupata da un ispessimento e da una cavità rotondeggiante dura (ulcera callosa).

Dati anatomo-patologici post-operativi. — Spaccata la porzione di stomaco resecata sull'antro e sul piloro: esiste (lato mucosa) una grossa ulcera pezzo da 5 lire, a margini netti tagliati a picco a fondo lardacei; in qualche punto nello spessore della parete gastrica esiste qualche nodulo sospetto (carcinomatoso). Guarigione chirurgica e funzionale. Ho saputo che ha cessato la dieta speciale e mangia di tutto senza disturbi locali e generali; è ingrassato molto.

Diagnosi post-operativa. — Ulcera gastrica in degenerazione epiteliale.

N. 6. — M. Luigi, di anni 56, da Castelnuovo.

Diagnosi clinica. — Ulcera stenosante pilorica.

Dati clinici. — Crisi di sofferenza ad intermittenze. Dolori epigastrici un po' a sinistra con diffusione xifo-ombellicare. Negli ultimi mesi frequenti melene ed ematemesi. Da 20 anni malato. Inanizione. Per le condizioni generali gravi nessuno esame complementare.

Operazione. — Resezione estesa subtotale, gastrodigiunostomia posteriore B. 4. Sutura di rinforzo continua circolare. Alimentazione interoperatoria (500 gr. di latte, due uova e 50 gr. di Cognac). Distacco di un'aderenza epatica e lacerazione parete gastrica, distacco della faccia posteriore parete posteriore dalla radice mesenterica.

Dati anatomo-patologici durante l'operazione. — Stomaco non molto dilatato, piccola curvatura nascosta sotto alla faccia inferiore del fegato che è aderente. Per stabilire la operabilità si sfonda l'epiploon gastro-epatico e si trova aderente la parete posteriore con la radice mesenterica. La piccola curvatura si presenta infiltrata fino a 2/3 della sua estensione e si palpa una escavazione crateriforme circondata da zona di parete gastrica infiltrata.

FIG. 5-*bis*. - CASO N. 5-*bis*. — Porzione di stomaco asportata.

Dati anatomo-patologici post-operativi. — L'ulcera di 5 cm. di diametro massimo a forma ovalare, margini poco netti, aspetto crateriforme.

Diagnosi anatomo-patologica. — Ulcera callosa della piccola curvatura e del piloro (aderenze valide, epatiche estese e mesenteriche).

N. 7. — P. Giulia, di anni 43, da Terranuova.

Diagnosi clinica. — Ulcera della piccola curvatura.

Dati clinici. — Sofferenze da 14 anni; alternative di periodi più o meno lunghi di dolore e di benessere gastrico. Nei periodi di dolore questo appariva appena ingerito il cibo; era retrosternale e da destra fino al dorso (7° a 10° dorsale) sollievo nel vomito, mai ematemesi. Dimagramento.

Dati radioscopici. — Immagine radioscopica come di stomaco leggermente a clepsidra *encoche* sulla grande curvatura. Il rientramento non era durevole e cessava con due cucchiaiate di porzione antispasmodica (Ewald).

Operazione. — Resezione longitudinale della piccola curvatura. Sutura longitudinale (10 cm.). Ga-

strodigiunostomia posteriore B. 4 a punti staccati con sutura di rinforzo. Blockage alla Majo sul punto meso-gastrico stenotizzante resultato dalla sutura data l'estensione della resezione sulle due pareti gastriche e la relativa piccolezza del viscere.

Dati anatomo-patologici durante l'operazione. — A l'unione del terzo medio e del terzo superiore della piccola curvatura appare un ispessimento assai duro del piccolo epiploon e della sua inserzione.

Dati anatomo-patologici post-operativi. — Ulcera rotonda di 1 cm. e mezzo, profondità mm. 5, bordi netti; la mucosa attorno è arrossata e violacea.

Diagnosi post-operativa. — Ulcera rotonda della piccola curvatura.

N. 8. — M. Emilio, di anni 48, da Colle Val d'Elsa (Siena).

Diagnosi clinica. — Ulcera della piccola curvatura (molto alta, terzo superiore).

Dati clinici. — Da 3 anni, dopo subito l'ingestione dei cibi dolori a periodi intermittenti, dolori un po' a sinistra ed al dorso (per propagazione dai pneumogastrici e da irritazione del plesso solare così vicino).

I dolori erano precoci dopo l'ingestione dei cibi, tenaci, intensissimi. Prima calmavansi col bicarbonato di soda. Non vomiti. Iperestesia cutanea (per proiezione, come quella dell'appendicite Dieulafoy). Ipercloridia.

Acidità totale: 8 per mille.

Dati radioscopici. — Il punto più doloroso pres-

FIG. 6.

FIG. 6-*bis*.

FIG. 6, 6-*bis*. - N. 6. — Stomaco resecato estesamente (fig. 6) e rovesciato (fig. 6-*bis*). Ulcera callosa, piccola curvatura parete post., aderenze epato-mesenteriche.

so alla linea mediana sotto lo schermo, rientramento persistente della grande curvatura.

Operazione (20 giugno 1923). — Resezione di ulcera al terzo superiore della piccola curvatura (molto in alto). Sutura longitudinale 8 cm. perchè

FIG. 7. - N. 7. — Ulcera rotonda della piccola curvatura alla unione del 3° medio col 3° superiore.

non v'è spasmo pilorico nè stato ipertrofico, non s'aggiunge la gastro-digiunostomia posteriore.

Dati anatomo-patologici durante l'operazione. — Il lobulo quadrato del fegato è aderente alla piccola curvatura sulla quale molto in alto (3° superiore) si palpa un nodulo oblungo lungo 2 cm.

Dati clinici. — Passato ulcerativo ad intermittenza con ematemesi; ectasia gastrica notevolissima; mai vomito. Magrezza estrema. Emoglobinimetro Fleich 70 Em.

Dati radioscopici. — Stomaco enormemente ectasico ptosico fino al pube. Dati chimici: acido lattico nello svuotamento gastrico.

FIG. 8. - N. 8. — Ulcera della piccola curvatura (molto alta, terzo superiore).

Operazione. — Resezione piloro-antrale; gastro-digiunostomia posteriore B. 4. Sutura circolare di rinforzo a punti continui.

Dati anatomo-patologici interoperativi. — Sulla faccia anteriore del piloro esiste una superficie biancastra cicatriziale. Non un ganglio preso.

Dati anatomo-patologici post-operatori. — Spaccato l'antro esiste un'ulcera a margini leggermente

FIG. 9. - N. 9. — Ulcera-cancro regione antrale.

Dati anatomo-patologici dopo l'operazione. — L'ulcera è a bordi netti, 4 mm. di diametro, mucosa paonazza, lieve zona d'infiltrazione. Guarigione chirurgica e funzionale.

N. 9. — B. Ida, di anni 61, di Castelfranco di Sopra.

Diagnosi clinica. — Stenosi pilorica da ulcera (carcinomatosa?).

frastagliati estesa quanto un soldo antico con infiltrazione dura. Questa alla sezione è biancastra, carcinomatosa all'apparenza (esame microscopico). Zaffi epiteliali disseminati.

Diagnosi post-operativa. — Ulcera, cancro (degenerazione epiteliale). Guarigione chirurgica e funzionale, in 50 giorni aumentata 8 kg.; mangia adesso di tutto senza disturbi.

N. 10. — A. Raffaello, di anni 62, da Terranuova Bracciolini.

Diagnosi clinica. — Ulcera della piccola curvatura.

4 ematemesi abbondanti e una melena.

Dimagramento notevole e pallore.

Emoglobinometro Fleisch 70 Hb. Nessuno esame complementare, eccetto la radioscopia perchè superfluo e pericoloso in un portatore di ulcera così spiccatamente emorragica. La solita sintomatologia clinica e le solite caratteristiche del dolore.

FIG. 10. - N. 10. — Ulcera rotonda ubicata: 3° superiore piccola curvatura. Notevole l'età (62 anni) del portatore.

Dati radioscopici. — Encoche tipica sulla piccola curvatura in alto.

Operazione. — Causa la brevità dello spazio xifo-ombellicale aperto l'addome, si reseca l'appendice xifoide. Resezione ovalare dell'ulcera ubicata sulla piccola curvatura al terzo superiore. Gastrodigiunostomia diretta. Esclusione alla Parlavecchio.

Dati anatomo-patologici interoperativi. — L'ulcera si palpa come un nodulo sulla piccola curvatura al terzo superiore.

Dati anatomo-patologici post-operativi. — L'ulcera è l'ulcus rotunda di Cruveilher senza sospetto alcuno, poca zona reattiva peri ulcerativa (malgrado l'età del paziente). Guarigione chirurgica e funzionale.

In questi ultimi casi di ulcera da me trattati chirurgicamente io ho riscontrato:

N. 7 ulcere rotonde classiche;

N. 1 callosa;

N. 2 ulcere-cancri.

Delle sette ulcere rotonde quattro erano ubicate all'unione circa del 3° medio col 3° superiore, una al 3° medio e due all'unione circa del 3° medio col 3° inferiore. L'ulcera callosa era situata all'unione del 3° medio col 3° inferiore della piccola curvatura. Delle ulcere rotonde classiche una era in uno stomaco ptossico ma non situata nei punti di angolizzazione della piccola curvatura e quindi secondo il Rowsing è da escludersi ulcera da ptosi. Di più essa era unica mentre il Rowsing ne ha riscontrate sempre due o tre. Io la trattai con la resezione sub-totale facendo così una cura radicalissima della ptosi. È da notarsi che in questo caso la donna che aveva avuto la prima ematemesi quindici anni fa aveva sovrapposto su i fenomeni da ulcera quelli da ptosi renali e ptosi dell'angolo colico destro. Dopo l'operazione questi disturbi sono cessati tutti (l'ho riveduta nel mese di marzo 1924) ed essa mangia il cibo ordinario con normali funzioni gastro-intestinali. La diagnosi di ulcere-cancri risultò all'esame macrocopico e microscopico.

Dai casi su descritti a me pare si possono fare alcune utili osservazioni sopra la sintomatologia delle ulcere della piccola curvatura sui dati radioscopici e metodi operativi.

Sintomatologia. — Le osservazioni sulla sintomatologia delle ulcere della piccola curvatura sono state da me rilevate da quelle degli anni antecedente e nei casi ultimi. Come osservazione generale apparisce anche nei miei casi che la ulcera della piccola curvatura non si appalesa subito, quando si stabilisce, con sintomi tipici; quando questi si fanno riconoscere, sono alternati con periodi di calma e di apparente guarigione. L'ulcera pilorica invece ha subito fenomeni impressionanti. Ora questa caratteristica delle *poussées* separate da periodi di calma o il carattere periodico della sintomatologia è il sintomo patognomonico, il sintomo base dell'ulcera della piccola curvatura.

Nei miei casi mai ha mancato, apparendo questi periodi di crisi, di sofferenze in 10, 15 e 20 anni più o meno distanziati da settimane, mesi ed anche anni.

I sintomi dell'ulcera classica rotonda della piccola curvatura sono il dolore, il vomito, e l'emorragia.

Il *dolore* dell'ulcera della piccola curvatura possiede caratteristiche speciali e questo riscontrai nei casi da me operati e cioè per la sede, l'irradiazione, il momento dell'insorgenza e la sua intensità:

a) il dolore fu rilevato da me epigastrico come tutti i dolori da ulcera, quasi sempre mediale, spostato più facilmente a sinistra e soprattutto quasi retroxifoideo;

b) questo dolore possedeva irradiazioni lungo il bordo costale sinistro, dietro lo sterno determinante quasi un senso di angoscia toracica. Io non ho riscontrato più volte sempre il dolore xifo-vertebrale mentre non è mancato quello diffuso al dorso (7°-12° dorsale o punto del Seidl). Da alcuni viene spiegato come dovuto a perigastrite ma anche mancando questa io l'ho trovato esistente. Forse è dovuto al propagarsi dei vaghi per i filetti simpatici comunicanti col plesso solare così vicino della piccola curvatura;

c) il dolore è molto vivo intenso e benchè male si possa giudicare pure ebbi l'impressione che il dolore della piccola curvatura sia il più intenso di tutte le altre ulcere. Anche per le mie osservazioni ritengo che il dolore più che al secreto acido gastrico umettante l'ulcera sia da attribuirsi allo spasmo meso-gastrico (dolore da contrattura).

Vomito. — Nei miei casi, cioè nella maggioranza, esso è apparso nello stadio più avanzato dell'ulcera ed è stato il sintomo che persuase i pazienti all'operazione: ho riscontrato possedere quattro caratteristiche: è alimentare, è poco abbondante, è acido, è precoce: gli fa seguito una calma perfetta di sofferenze.

Ematemesi. — Nei miei ultimi casi sei volte vi furono ematemesi più o meno abbondanti e più o meno numerose: in un caso vi furono melene numerose e una sola ematemesi. Se vi siano stati negli altri casi emorragie occulte fecali non posso affermare o negare non avendo fatto ricerche in proposito essendo stati curati da altri colleghi.

La frequenza dell'ematemesi nelle ulcere classiche della piccola curvatura dimostra che è un sintomo più che una complicanza e che si potrebbe affermare che l'ulcera della piccola curvatura è la più emorragica. Si sono verificati nei miei casi durante una crisi dolorosa o nella calma o come inizio d'una crisi (quasi come una ematemesi-segnale).

Dati radioscopici. — Altro elemento clinico cui voglio accennare è quello costituito dai dati radioscopici come sono stati permessi a me nella pratica corrente d'Ospedale. Possego anche radiografie molto dimostrative ma nei casi ultimi di quest'anno la sintomatologia era così chiara che gli elementi radioscopici furono più che sufficenti a consolidare il concetto clinico. In verità io ritengo che nel caso di ulcera della piccola curvatura la radioscopia ripetuta durante le prime tre ore abbia una importanza massima. Ecco i dati che potei rivelare sullo schermo radioscopico.

1° Lo spostamento del punto doloroso (sul bordo destro e sinistro della immagine gastrica) dall'alto in basso con i movimenti alternati di retrazione ed espansione delle pareti addominali (manovra di Chiladiti).

2° Rientramento persistente della grande curvatura o *éncoche* in faccia alla piccola curvatura corrispondente al punto ove ha sede l'ulcera (controllo operativo). Ho anche sorpreso in due casi queste *éncoche* durante il periodo di crisi come uno spasmo circolare meso-gastrico. In due casi durante l'esame ho notato la forma di pseudo-clessidra ma più persistente: in questi casi all'operazione vi erano aderenze estese del piccolo epiploon sulla faccia anteriore gastrica ed un ispessimento della sierosa. In un caso, ho notato una macchia rotonda di opacità sulla piccola curvatura (segno del Heumister), e in due esami successivi non vidi il segno dell'Haudeck nel caso dell'ulcera callosa forse perchè era troppo estesa e non profondamente scavata ovvero non eravi un diverticolo vero e proprio.

Trattamento operativo. — Mi sono limitato alla resezione parziale della piccola curvatura e della zona infiltrata circostante nei casi in cui l'estensione non era tale da alterare troppo la forma e la funzione gastrica. Infatti le suture delle pareti gastriche con deformazioni gravi finiscono per richiedere gastro-plastiche (Jedelika) e ostacolano il dinamismo funzionale gastrico post-operativo. Ho eseguito sempre la sutura longitudinale nelle resezioni ovoidali e sellari non molto estese. Non ho trovato difficoltà grandi a resecare ulcere gastriche ubicate all'unione del 3° medio col 3° superiore della piccola curvatura e anche in quest'ultimo. In un caso in cui l'ulcera era appunto nel 3° superiore feci saltare via l'appendice xifoide che in quel caso essendo lunga ostacolava la escisione. In un caso solo non feci seguire all'escisione la gastro-digiunostomia complementare: e nella statistica sono quattro in tutti i casi così trattati. Gli operati di semplice escisione sono perfettamente guariti. Negli altri casi sempre completai l'intervento della resezione con una gastro digiunostomia complementare seguita da esclusione e da blockage ancora e nei casi in cui la resistenza la permetteva, e l'estensione della ulcera richiedevale preferii resezioni larghe subtotali (Billroth II) specie negli ipercloridici gravi per sopprimere il più possibile della superficie secretoria.

Continuo a preferire la resezione sub-totale seguita da gastro-digiunostomia (Billroth II), perchè la sutura termino-terminale dello stomaco dopo la resezione, o resezione circolare dello stomaco (del Riedel per i tedeschi, del Péan per i francesi) purtroppo espone a probabilità di sviluppo d'ulcera (specie negli ipercloridici come sono quasi sempre gli ulcerosi) e se si sezionano le pareti gastriche per schiacciamento, sia pure affrontandole con la sutura del Gonnel o con inversione endogastrica della mucosa (sutura ad ansa mucosa) completata con filo invisibile alla Cushing nella sutura siero-sierosa sostituente la Lembert, così semplice, rapida e protettiva (occlusiva). E nemmeno sento il bisogno di sostituire l'artifizio

solito di tecnica della sutura continua massiva emostatica contentiva (Albert-Hartmann) con punto rinforzato alla Doyen dei monconi gastrici, con la sutura ad ansa mucosa seguìta da quella alla Cushing allo scopo di obliterare ogni spazio morto fra le due superfici di sutura ed impedire la possibile infezione di questo e quindi la susseguente deiescenza della sutura infettata, e che per Pauchet sarebbe la causa precipua della polmonite, quasi sempre causa unica della morte di tali operati. Io ritengo che la polmonite debba avere altro momento etiogenetico e preparatorio (condizioni di flora batterica per carie dentaria, riduzione del numero ed estensione dei movimenti diaframmatici per i dolori della operazione eseguita). Infatti se l'infezione dello spazio morto tra le due superfici di sutura (profonda e superficiale) fosse la causa, si dovrebbe avere peritonite da perforazione, dolori gastrici oltre il tempo normale post-operativo e non veder cessare la febbre con la risoluzione della polmonite come vediamo nei casi con guarigione. Di più la polmonite negli operati si nota nelle stagioni in cui queste sono più gravi e più frequenti (inverno-autunno).

Le gastro-digiunostomie anche in questi ultimi casi furon da me eseguite a preferenza con la sutura o col bottone N. 4 nei casi in cui occorreva portare rapidamente a termine l'atto operativo. Per quanto il bottone possa sembrare meno chirurgico e da alcuni chirurgi sia stato ostracizzato è un fatto che dinanzi a resezioni eseguite molto estesamente e in cui si è perso del tempo per aderenze parieto-addominali-epatiche-pancreatiche, mesenteriche, epiploiche, davanti a soggetti indeboliti per sofferenze, astensione di cibi, ematemesi, ecc.; e che magari si sono dovuti rialzare con alimentazione interoperatoria, possedere un mezzo che può permettere una anastomosi gastrointestinale in 10 o 12 minuti con la sutura di rinforzo sicura e che dopo dodici ore permette l'alimentazione per *os* a me pare che non sia da rigettarsi molto più che il bottone in mano di chi sa adoperarlo dà resultati buonissimi: per queste ragioni io nei casi suddetti specialissimi mi mantengo bottonista con la certezza di compiere un atto di coscienza chirurgica col sapermi liberare dalla corrente suturista troppo poco eclettica e troppo assiomatica, seguace di orgoglio tecnico chirurgico. Assicuro che io debbo riferire la guarigione in casi gravi all'accorciamento del tempo dovuto a questo geniale artifizio del Murphy: il bottone nei casi di resezione viene sempre emesso dopo 15 o 20 giorni.

Statistica delle operazioni eseguite negli ultimi dieci casi di ulcera.

N. 4 Resezioni parziali susseguite da gastro-digiuno-stomia complementare con Blockage alla Mayo, esclusione alla Parlavecchio o alla Von Eiselberg.
N. 1 Escisione.
N. 5 Resezioni sub-totale Billroth 2 con B. 3 dirette.

—

N. 10 *che aggiunte a quelle presentate alla Società Italiana di Chirurgia (1922) dà la Statistica totale seguente*:
N. 4 Escisioni (resezioni limitatissime per ulcere rotonde 3 anteriori e 1 posteriore.
N. 1 *Ex-ulceratio simplex* con escisione mucosa lesionata ed allacciatura arteria. Operata nel riposo interemorragico e riscontrata con la gastrotomia e l'esplorazione endogastrica.
N. 15 Resezioni segmentarie per ulcere rotonde più o meno estese della piccola curvatura con sutura longitudinale accompagnate da gastro-digiunostomia posteriore complementare.
N. 14 Resezioni sub-totali seguite da gastro-digiunostomia complementare.
N. 1 Resezione a Λ rovesciato parete anteriore e parete posteriore con sutura circolare alla Riedel.
N. 1 Caso di resezione ampia della parete anteriore con un grande lembo epiploico alla Durante.
N. 2 Resezioni saccocia pilorica o distale in ulcere meso-gastriche (stomaco a clepsidra) seguite da gastro-digiunostomia.

—

N. 38 casi, con 1 morto (non per errore di tecnica).

RISULTATI.

Nei miei casi, ed alcuni datano anche da dieci anni, non ho avuto nè recidiva di sofferenze, nè vomiti, nè cachessia. Mi sono sempre preoccupato di far passare alla alimentazione usuale gli operati con progressività di aumento di vittitazione e nel licenziarli ho fatto loro comprendere che essi debbono continuare a stare sotto la sorveglianza del proprio medico. Licenziare gli operati di stomaco senza questi consigli è per me un grande errore e causa di discredito delle operazioni eseguite da chirurghi e per di più io ritengo che una sì fatta *anastomosi* come disse il Tuffier, collaborazionistica tra chirurghi e medici potrebbe farci perdonare la sottrazione di certi casi ritenuti di spettanza medica perchè in coscienza i medici non sono rimasti soddisfatti dei nostri risultati nei gastro-ulcero-pazienti.

Per i risultati ottenuti dai seguaci della resezione dell'ulcera a me pare che i concetti direttivi di quei chirurghi che trattano l'ulcera della piccola curvatura con la semplice gastro-digiunostomia debbono riguardarsi incompleti e irrazionali se si pensi che l'ulcera cicatrizza

con difficoltà perchè la rapidità di svuotamento del contenuto gastrico dopo la gastro-digiunostomia il più delle volte è discutibile; che non le tiene dietro perciò sempre la diminuizione della acidità e che non le preserva da ripetizione di emorragia, da perforazioni, da degenerazioni epiteliali. D'altra parte se invero alla gastro-digiunostomia nel trattamento dell'ulcera non avesse tenuto dietro un grande e notevole numero di recidive e di complicanze non si ascolterebbero i lamenti di tanti colleghi internisti che chiedono a noi chirurghi metodi più sicuri e radicali a mezzo di atti operativi più adatti per la guarigione definitiva delle ulcere gastriche. Si escludono, si comprende facilmente, i risultati brillanti della gastro-digiunostomia eseguita per stenosi cicatriziale di ulcera pilorica.

Quanto io ho scritto sul trattamento dell'ulcera gastrica trovandomi d'accordo con i concetti di chirurghi che in Italia ed all'Estero hanno abbandonato la gastro-digiunostomia come trattamento unico e sistematico dell'ulcera gastrica e specie della piccola curvatura, ha lo scopo di volgarizzare il trattamento curativo radicale dell'ulcera gastrica e perchè cessi lo scetticismo di molti colleghi medici sulla terapia chirurgica dell'ulcera gastrica basata su concetti resezionistici. Seguendo questi criteri i medici sarebbero veramente collaboratori nostri facendo l'interesse degli ulcerosi gastrici, sottraendoli a sofferenze atroci, a complicanze gravi e spesso letali e concorrerebbero a diminuire la statistica della mortalità per cancri gastrici.

Il Pauchet ritiene che sono ben rari i carcinomi che non abbiano origine da un'ulcera e della stessa opinione sono non pochi chirurghi.

D'altra parte il grande argomento della complessità e gravezza della resezione più o meno estesa possiede oggi un valore minimo purchè il chirurgo che la esegue abbia acquistato una pratica in quella cosicchè la benignità della operazione è nelle dita del chirurgo specializzato.

LETTERATURA.

Vedi la letteratura da me raccolta nelle mie pubblicazioni d'argomenti gastrici che qui riporto e da quanto in 20 anni di esercizio professionale io ho potuto imparare dalla mia pratica.

BASTIANELLI P. *Contributo allo studio delle cognizioni impedienti il circolo vizioso della gastroenterostomia postero-inferiore a mezzo del bottone del Murphy.* Policlinico, Sez. chir., 1903.

ID. *Questioni inerenti agli interventi nelle emorragie da ulcere gastriche e ai tumori inoperabili dello stomaco.* Cesalpino, 4, 1905.

ID. *Gl'interventi chirurgici nelle lesioni benigne e maligne dello stomaco.* Clinica chirurgica, 1907.

BASTIANELLI P. *Di tre casi specialissimi di chirurgia gastrica.* Clinica chirurgica, 1910.

ID. *A qual punto si trova il problema operatorio della cura dell'ulcera gastrica.* Clinica chirurgica, 1912.

ID. *Il pro e il contro della cura dell'ulcera gastrica con la escisione, resezione segmentaria e subtotale.* Clinica chirurgica, 1913.

ID. *L'esclusione pilorica e le sue indicazioni.* Clinica chirurgica, 1913.

ID. *A proposito della nutrizione inter-operatoria del prof. Davide Fieschi.* Archivio Italiano di chirurgia, 1922.

ID. *La resezione dell'ulcera gastrica: sutura longitudinale, dopo resezione sulla piccola curvatura.* Atti della Società Italiana di Chirurgia, 1922.

ID. *Osservazioni sopra il mio contributo operativo di chirurgia duodenale.* Policlinico, Sez. chirurgica, 1923.

ID. *Se e come debbono chirurgicamente trattarsi i gastroptosiciectasici disfunzionali. Plicatio, pessia, gastro-ant. o associazione varia di questi interventi?* Archivio italiano di chirurgia, vol. VIII, fasc. 4, 1923.

BERCHELEY MOYNIHAM. The Murphy memorial oration in Essays on surgical subjects, 1921.

PAUCHET. Pratique chirurgicale illustrée, III-V, 1923.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE DI ASTI.

L'addome acuto.

Prof. dott. MARIO FASANO, chirurgo primario.

L'addome acuto è un'espressione sintetica adoperata dai chirurghi nord-americani per designare l'insieme di una varietà di processi morbosi che possono improvvisamente manifestarsi nella cavità addominale.

In primo tempo, qualunque sia l'entità morbosa che ha avuta la sua manifestazione nella grande cavità splancnica, la sintomatologia è pressochè identica. Si tratti di una forma meccanica, si tratti di una forma infiammatoria esiste sempre il sintomo *dolore* localizzato, spontaneo o provocato, che traduce semplicemente la reazione peritoneale.

Data la grande sensibilità della sierosa addominale qualunque sia la causa che eserciti su di essa un'azione determina sempre uno stato di difesa e quindi una reazione, che si palesa con sintomi all'inizio costanti.

Solo in seguito si stabiliranno i quadri clinici proprii dei vari stati anatomici.

Ora, stabilito in America e non concesso in Italia, che queste entità morbose sono di esclusiva spettanza chirurgica, che richiede per la maggior parte dei casi l'intervento e precoce, si volle venire da parte dei chirurghi in aiuto dei medici, specialmente generici, fissando una serie di sintomi, che si raccolgono in un'unica espressione « l'addome acuto ».

Certamente se ciò non risponde ad un concetto scientifico ha il pregio di una grande pra-

ticità che permette, se non di fare diagnosi di sede e di natura sull'ammalato, di stabilire almeno una indicazione in tempo opportuno che risparmii.... una diagnosi anatomica sul cadavere, come purtroppo soventi avviene ed avvenne recentemente ai danni di un alto personaggio dell'Astigiano, per quanto lo stesso medico curante l'indicazione l'avesse già stabilita, alle prime visite.

È inutile pretendere dai medici generici diagnosi definitive se noi chirurghi, che abbiamo sempre l'occasione di controllare le nostre alla biopsia operatoria incappiamo non raramente in errori di interpretazione diagnostica.

Chi è quel chirurgo che non è intervenuto qualche volta per diagnosi di appendicite e non ha invece dovuto constatare al tavolo operatorio una colecistite il più delle volte calcolosa?

Informino a questo riguardo le statistiche dei Fratelli Majo di Rochester, i quali pure praticando migliaia di operazioni all'anno debbono ammettere una percentuale, sia pur minima, di errori diagnostici.

Io stesso ricordo che in due casi nei quali sono intervenuto d'urgenza in clientela privata con diagnosi di appendicite acuta, basata sopra una sintomatologia chiara e manifesta ho invece riscontrato due magnifiche colicistiti ripiene di calcoli, che facilmente asportai con perfetta guarigione dei pazienti.

Questi errori non sarebbero possibili se contro una diagnosi di appendicite parlasse la sintomatologia sostenuta da un'anamnesi che mettesse sulle direttive di una diagnosi di colecistite, ma quando la sintomatologia si presenta chiara per una determinata malattia l'errore di diagnosi è, si può dire, fatale.

Or non è molto il Gandusio di Trieste (La resezione gastrica quale metodo di cura nelle perforazioni dello stomaco. *Archivio Italiano di chirurgia*, vol. V, fasc. 2, aprile 1922) pubblicava due osservazioni di perforazioni di ulceri duodenali senza sintomatologia pregressa.

A questi casi altri tre ne potrei aggiungere della mia pratica privata.

Un uomo il quale non aveva mai manifestato disturbi gastrici di sorta, tanto che alla sera aveva cenato normalmente con appetito, mangiandosi un'insalata di cipolle, è colto improvvisamente alle 5 del mattino da dolori fortissimi all'epigastrio, sudori freddi, singhiozzo.

Sono chiamato a visitarlo dal medico curante dopo poche ore.

Trovo l'ammalato in uno stato d'angoscia, con respiro frequente, superficiale, polso piccolo, pure frequente, oltre 120, difesa addominale accentuatissima, specialmente all'epigastrio.

Alla laparotomia: liquido siero-purulento nell'addome, perforazione di un'ulcera duodenale rotondeggiante del diametro di tre millimetri.

Lo stesso reperto ho avuto or non è molto in un caso del genere, manifestante una netta sintomatologia di appendice perforata: iperestesia cutanea nella fossa iliaca di destra, preceduta da dolore stabilitosi in modo repentino nello stesso sito a carattere trafiggente, dolore diffuso a tutto l'addome, in stato di difesa, ma con distinta accentuazione nei punti di Mac-Burnej e di Lanz.

All'intervento: appendice iperemica che viene asportata, liquido siero purulento nella fossa ileo-cecale, depositi fibrinosi giallastri sulle anse intestinali.

Proseguendo nelle indagini si riscontra perforazione di un'ulcera duodenale a margini duri, callosi. Non potendo suturare i margini della perforazione sclerotici e non cedevoli alla trazione dei fili di sutura, che tagliano il tessuto attraverso a cui sono infissi, pratico una plastica di omento, che mi dà con mio stupore un risultato perfetto essendo il paziente in pochi giorni guarito.

Un altro di robustissima costituzione fisica, forte mangiatore e bevitore.

Anamnesi remota completamente negativa.

Vien colto improvvisamente da dolori addominali diffusi a tutto l'addome.

Portato dopo poche ore all'ospedale si riscontra sintomatologia dell'addome acuto: difesa addominale accentuatissima, polso frequente (110) ma ancora discretamente valido, respiro 26 (ore 11 di sera).

Il giorno successivo: accentuazione dei sintomi suaccennati: si aggiunge vomito e modico meteorismo, occlusione completa dell'alvo.

Alla biopsia operatoria: peritonite diffusa con versamento purulento, distensione delle anse intestinali, perforazione di un'ulcera callosa alla prima porzione del duodeno.

Durante i tentativi di sutura dell'ulcera si rompe un ago, tanto il tessuto si presenta duro.

Inutile dilungarsi in una casistica troppo numerosa, basta ricordare la facilità di questi errori diagnostici, non imputabili certamente al medico, per dimostrare l'utilità di rilevare precocemente i segni principali che stanno ad indicare che un qualche cosa è accaduto nell'addome a cui bisogna provvedere, ed è ciò appunto che corrisponde alla definizione nuova dei chirurghi nord-americani, «l'addome acuto».

Uno dei sintomi capitali è stabilito dal *dolore improvviso localizzato*, in un punto qualsiasi dell'addome ed accusato soggettivamente

dal paziente. Il più delle volte l'ammalato dice che ha avuta la sensazione come di una trafittura, come di una *stilettata* in un punto dell'addome.

In questo stadio la *parete addominale* si presenta *tesa*, *dura, lignea*: da principio in una zona più o meno circoscritta al punto in cui si è iniziato il dolore, indi in tutta l'estensione. È lo stato di difesa addominale al quale farà seguito in un periodo ulteriore il meteorismo.

Il *polso* in questo stadio è già *frequente* 100-120, *piccolo*.

Ulteriori sintomi che possono accompagnare questo quadro sono la *nausea*, il *vomito*, talora il *singhiozzo*, però su di questi non bisogna fare un soverchio affidamento, perchè talora possono essere la manifestazione di un quadro più progredito.

Così dicasi della *temperatura*, che il più delle volte si mantiene assolutamente normale.

In seguito ne compaiono altri a seconda dell'entità patologica. Possono essere di natura o meccanica o flogistica.

In ambedue i casi però si possono raggruppare in una sindrone unica: singhiozzo e vomito più frequente e costante con meteorismo più o meno localizzato.

Infine predomina il quadro della intossicazione generale, stadio preagonico vero e proprio.

L'importante è rilevare i *primi sintomi* riguardanti il dolore localizzato, il *polso e la reazione di difesa della parete addominale*, che unitamente all'anamnesi possono guidare alla diagnosi se non anatomica, se non di natura, a quella generica di « addome acuto ».

È in questo stadio cre deve essere chiamato il chirurgo, il quale più facilmente sarà in grado, basandosi sulla biopsia dei casi operati, di formulare una diagnosi, se non sempre esatta, tuttavia di orientamento chirurgico, sufficiente a stabilire o meno l'indicazione all'intervento.

E qui sorge una questione, quella del trasporto del paziente in un adatto luogo di cura.

È solamente in base alla diagnosi ed alla conseguente prognosi in rapporto allo stato generale del paziente, che si dovrà giudicare sulla convenienza di trasportare o non il malato.

Si deve valutare non solamente il danno che può derivare al paziente da un trasporto incongruo con mezzi poco adatti, ma anche le condizioni di viabilità, la distanza, lo stato metereologico.

La mia esperienza consiglia ad usare molta prudenza, avendo varie volte veduto frustrati da tali fattori i risultati dei miei interventi. Dovetti registrare polmoniti dovute non tanto alla operazione praticata ancora in buone condizioni, quanto più verosilmente al raffreddamento prolungato al quale era stato sottoposto durante il trasporto il malato, che mi era giunto intirizzito. Ho constatato ernie strozzate in buone condizioni alla visita praticata a domicilio giungermi in istato di peritonite conclamata, e ciò perchè per i sobbalzi del trasporto un'ansa strozzata e perforata nel sacco si era spontaneamente ridotta, ho veduto appendiciti con peritonite localizzata trasformarsi in peritoniti generalizzate durante il trasporto a causa della rottura di aderenze.

Le prove cliniche che potrei addurre sarebbero numerose.

È questa esperienza che mi ha spinto ad intervenire sul posto servendomi dei pochi e semplici mezzi che costantemente ho a mia disposizione in simili frangenti, i quali sono più che sufficienti allo scopo.

Mi è riuscito di salvare da sicura morte con una semplice enterostomia, eseguita al lume di una lucerna fumigante qualche caso di occlusione intestinale, senza ricordare i numerosi casi di ernia strozzata e di appendicite nei quali costantemente io pratico in primo tempo l'appendicectomia.

La questione dell'ambiente è per me ormai sorpassata, i risultati ottenuti in clientela privata, confrontati con quelli della pratica ospitaliera sono troppo decisivi per permettermi di soffermarmi su questioni di ordine puramente teorico.

L'importante è che i medici si liberino dalle viete pastoie degli ormai troppo antiquati trattati di patologia e non li interpretino troppo rigidamente o meglio non pretendano di giungere esattamente alla diagnosi in base alla loro consultazione: diagnosi difficile in certi casi anche per il chirurgo che ha il continuo controllo anatomico di simili evenienze e che per alcune di esse ha poco importanza per ciò che si riferisce alla indicazione.

Peritonite? Appendicite? Ileo? E che importa la diagnosi, l'importante è di intervenire perchè sia in un caso sia nell'altro l'intervento si impone.

Si richieda per intanto il chirurgo, egli stabilirà sotto la sua responsabilità il da farsi.

Mi sovvengo di un caso operato in clientela privata, un caso di ernia crurale con gangrena dell'ansa strozzata. Mentre io ero alle prese con questa ansa necrotizzata, che dovetti resecare, il medico curante, che mi assisteva, discuteva appunto sulla sintomatologia delle ernie strozzate e mi diceva che gli sembrava impossibile, che si fosse già prodotta una lesione

tanto estesa, mentre egli era stato così oculato a vagliare i sintomi ed al primo di certezza «vomito fecaloide» aveva subito richiesta la mia presenza. Ebbene io non potei sorridere a simile dichiarazione. Bisogna comprendere l'ambiente in cui si svolge l'opera del medico in campagna.

Certi casi che per il chirurgo sono, si direbbe, il pane quotidiano, per il medico isolato costituiscono l'eccezione. Egli in simili casi consulta i trattati, li consulta con animo sgomentato, ansioso, l'interpretazione della sintomatologia presentata dall'ammalato molte volte riesce troppo legata alle parole lette ed è il «vomito fecaloide» frequentemente accennato nei trattati di patologia, che maggiormente lo colpisce, ecco l'errore.

Sarebbe bene che simile terminologia venisse usata nei trattati unicamente per indicare chiaramente lo stato preagonico, epicritico non già la semplicità di un sintomo.

Si eviterebbero così le confusioni in cui in certi momenti di sovraeccitazione, di ansia e purtroppo di stanchezza, possono cadere i medici.

Riassumendo è necessario ricordare che l'importante in questi casi è di intervenire o per lo meno stabilire la necessità o non dell'intervento: da ciò la grande utilità della terminologia sintetica «L'addome acuto».

Si eviteranno così molte responsabilità, si salveranno molte esistenze e si difenderà dal sospetto pettegolo e dalla critica malevola quella chirurgia che è salvatrice, sì, ma non capace di miracoli che ritornino sempre alla vita gli agonizzanti.

Asti, 19 aprile 1924.

RIVISTE SINTETICHE.

L'Alastrim.

Dott. AZEGLIO FILIPPINI.

Questa malattia esantematica, che ha punti di contatto con la varicella e con il vaiuolo, ha richiamato recentemente l'attenzione per diverse epidemie osservate in parecchie regioni, specialmente nelle Antille e per le possibili ripercussioni sul continente europeo. Sebbene il nome ne sia poco noto, non si tratta in realtà di malattia nuova, poichè essa era già stata descritta da Kortes nel 1904, sotto il nome di *amaas* o *kaffir-milk-pox* e se ne possono trovare descrizioni anche in pubblicazioni di molto anteriori. Il nome di alastrim si deve a Ribes (1910) che lo ha preso, a sua volta, dagli indigeni della provincia di Bahia, presso i quali *alastra* significa: che si propaga rapidamente. Il nome di milk-pox è stato dato per l'aspetto lattescente delle vescicole.

La malattia può avere sopratutto interesse epidemiologico per la sua affinità con il vaiuolo e per la ripercussione che si potrebbe avere quando tale affinità fosse effettivamente dimostrata e si dovessero applicare le misure profilattiche ai piroscafi provenienti da porti infetti. L'alastrim avrebbe avuto origine nell'Africa del sud (donde il nome di milk-pox dei cafri); di qui, per mezzo delle navi che toccano il porto di Bahia, sarebbe poi stata trasportata al Brasile, donde si sarebbe diffusa nell'America del sud, nelle Antille, S. Domingo, Guadalupa, Martinica, Guiana francese. Data l'odierna facilità di contatti ed il periodo di incubazione piuttosto lungo, si sono avuti dei casi importati nei porti europei e spesso diagnosticati come vaioloide, con le relative ripercussioni per la profilassi.

Alcuni autori ritengono che l'alastrim colpisca soltanto la razza negra, altri invece ammettono che, pure essendo la razza negra più ricettiva, anche la bianca non ne resti immune: per altri poi le maggiore recettività della prima starebbe in rapporto con la mancanza di igiene. Il virus è tuttora ignoto ed è da presumersi che sia filtrabile; particolarmente contagiosi debbono ritenersi il liquido delle vescicole e delle pustole, le croste, il muco nasale, gli sputi. La diffusione della malattia si fa per contagio diretto o mediato; si ignora però quando incominci e quando finisca la contagiosità. Il periodo di incubazione può essere brevissimo, ma vi sono casi in cui i primi sintomi si sono avuti anche 21 giorni dopo l'ultimo contatto.

La malattia si annunzia con malessere generale (cefalea, indolenzimento, rachialgia va-

ga); disturbi digestivi (sindrome di imbarazzo gastrico), talvolta angina, catarro nasale, adenopatia cervicale. La temperatura che, in tale stadio, è di 38°, può salire nello stesso giorno o l'indomani a 39°,5-40°. Si verifica poi un abbassamento di 1°,3-1°,6 e la caduta rapida al 2°-3° giorno, contemporaneamente all'apparire dell'eruzione.

L'eruzione si inizia improvvisamente sulla faccia (attorno alla bocca ed al naso, fronte, guance) per invadere poi rapidamente il tronco e gli arti superiori ed inferiori. L'elemento primitivo è la papula, della grossezza di un piccolo pallino, che dà la sensazione di rilievo, a colorazione rosea o rosso-cupo. La papula aumenta poi di volume e — dopo 2-3 giorni — si ha la formazione di vescicola acuminata e *non mai ombelicata*, salvo nelle parti declivi del corpo in cui per lo svuotamento si appiattisce e dà l'impressione di una falsa ombelicatura. Le vescicole, della dimensione di 1-3 mm., contengono un liquido lattiginoso, talora giallastro che, dopo 4-6 giorni dalla comparsa delle vescicole si fa torbido e nettamente purulento; esso lascia macchie giallastre sulla biancheria, che ne rimane come insaldata. La pustola poi, 6-9 giorni dalla comparsa della popula, si dissecca, lasciando una crosta che cade rapidamente e lascia a sua volta una macchia, non rilevata, nè depressa, bruno-nerastra nelle parti esposte e biancastra in quelle scoperte, che scompare del tutto entro quattro mesi al massimo. La vescicola dell'alastrim è sottoepidermica e non endodermica e quindi non si ha la formazione di tessuto di cicatrice.

S. Chauvet avrebbe osservato che gli elementi eruttivi sono disposti secondo una distribuzione nervosa ed anche nettamente radicolare, con predilezione per certi territorii cutanei. La tossina dell'alastrim ha una predilezione per il sistema nervoso e forse (per ragioni puramente vascolari) una distribuzione vascolare, come si ha nel dominio dell'otturatore. Essa si fisserebbe specialmente in corrispondenza di certi centri (parte inferiore del rigonfiamento cervicale, segmento midollare dorsale medio, parte inferiore del rigonfiamento lombo sacrale); si avrebbe così una disposizione mielomerica, che sarebbe la seguente:

Posteriormente; alla nuca, in corrispondenza di C^3; al tronco, dalle due parti, in strisce oblique discendenti ($D^3 — D^{10}$). Alle natiche e parti superiori delle cosce, secondo una disposizione a sella, rispondente al dominio di $S^1 — S^3$ (nervo perforante cutaneo e ramo perineo-genitale). Alle gambe nel territorio cutaneo di H^4, L^5, S^1. Anteriormente all'estremità distale della faccia anteriore degli avambracci (C^7,C^8); disposizione a braccialetto alla faccia anteriore del polso. Alla faccia supero-interna delle due coscie, alle rotule, alla faccia anteriore delle gambe e delle caviglie (L^4, L^5, S^1), territorio cutaneo del ramo rotuleo, del ramo anteriore, del safeno interno del ramo cutaneo del muscolo-cutaneo. Questa distribuzione prevalente non esclude che vi siano elementi eruttivi in altre parti.

La forma descritta è quella media che si svolge in 2-4 settimane, talora in stato di benessere tale che i malati attendono alle loro occupazioni abituali, costituendo così pericolosi focolai di contagio. Vi sono poi forme molto confluenti, altre a riprese successive, con modica temperatura, in cui le vescicole compaiono come a stento ogni 2-3 giorni e l'eruzione si può trascinare per un paio di mesi.

Sconosciute o quasi le complicazioni; il malato si presenta sempre in buone condizioni e solo nei primi due giorni l'ipertermia può dare l'impressione di un imbarazzo gastrico grave o sospetto. La prognosi è buona e la morte eccezionale; è stata segnalata una mortalità del 3 % nell'Africa del sud e del 0,5 % nel Brasile e nelle Antille francesi (1).

Qualche riserva può farsi per individui già debilitati per altre malattie o vecchi, in cui l'alastrim può costituire un fattore di aggravamento.

Semplice è la *terapia* e non differente da quella di altre febbri eruttive. Un leggero purgante all'inizio, il sostentamento dello stato generale con sciroppo di chinina nei bambini e nella convalescenza con preparati di surrenali e lecitine. Dieta leggera durante il periodo eruttivo e ritorno progressivo all'alimentazione normale dopo la caduta delle croste. Disinfezione del naso con olio al gomenolo al 5%, degli occhi con acido borico in soluzione fisiologica e della gola con qualche goccia di liquore di Labarraque in acqua tiepida aromatizzata. Si sorveglieranno le funzioni intestinali; sono consigliate le polverizzazioni della cute con permanganato a 4,25%. I bagni tiepidi (da farsi soltanto nel periodo di apiressia) e le lozioni antisettiche grasse od oleose favoriranno la caduta delle croste; per il cuoio capelluto, in cui pure si sviluppa l'esantema, si userà il sapone al catrame. L'assistenza al malato si farà applicando scrupolosamente le norme in uso per le altre malattie esantematiche, trattandosi di malattia molto contagiosa; forse sarebbe utile il metodo di Milne.

QUESITI DIAGNOSTICI ED EPIDEMIOLOGICI.

Sono della massima importanza, non solo per l'assistenza al malato, ma specialmente sotto il punto di vista della difesa sociale. Dal-

---

(1) Nelle recenti (1922) epidemie di Rio Claro e di Sao Paulo si sarebbe avuta una mortalità rispettiva di 8 e di 14,4 %, non dissimile da quella del vaiuolo in Europa.

la descrizione che è stata fatta, risulta evidente una certa somiglianza con il vaiuolo (rispettivamente la vaioloide) e la varicella. Il vaiuolo genuino si distingue per la gravità dei sintomi, la febbre subito elevata, l'esantema premonitorio (il così detto *rash*), l'intensa rachialgia. Le vescico-pustole sono ombellicate (mentre sono a cupola nell'alastrim); con la suppurazione, risale la febbre e ricompaiono i fenomeni generali; si hanno poi come residui delle cicatrici indelebili. Simile è la distribuzione degli elementi, che però nel vaiuolo non appare sistematizzata. Maggiore è la somiglianza con la varicella, che ha lo stesso andamento benigno, la stessa mancanza di complicazioni. Manca però la stadio papuloso, mentre poi la vescicola si presenta sempre piatta a contenuto tutt'al più leggermente torbido, e con riacutizzazioni successive. L'eruzione è più copiosa al tronco, mentre nell'alastrim si trova dovunque e si inizia alla faccia.

Tuttora incerti perchè discordi sono i criterii immunologici. Secondo Legé ed altri, l'alastrim può recidivare; taluni escludono poi qualsiasi interimmunizzazione fra alastrim, vaiuolo e varicella.

Contro l'esplicita affermazione di Legé che la vaccinazione jenneriana non immunizza, sta l'opinione del tutto opposta di Branch e Mc Donald i quali asseriscono invece che la vaccinazione protegge proprio completamente (*very thoroughly*). L'affermazione di questi AA., si fonda sull'osservazione diretta di un'epidemia di alastrin nell'isola di Antigua (Antille inglesi), durante la quale, sopra una popolazione di 28,000 abitanti le vaccinazioni praticate diedero 26,068 risultati positivi. Con l'isolamento e le vaccinazioni, l'epidemia venne prontamente domata e si ridusse a 31 casi; in nessuno dei contatti, vaccinati con esito positivo, si sviluppò l'alastrim.

L'efficacia protettiva della vaccinazione jenneriana, confermata anche da Moody (1) e da Mc Callum, indurrebbe a ritenere che vi sia, fra alastrim e vaiuolo, una certa affinità ammessa da L. Camus e dai medici inglesi ed americani, che considerano l'alastrim come una vaioloide; essa sarebbe anche dimostrata da un limitato episodio epidemico di vaiuolo — di cui si hanno notizie indirette — sviluppatosi in una città marittima italiana, episodio che sarebbe da riportare ad un caso di alastrim importato. È però necessario far rilevare che la vaccinazione praticata nei primi tre mesi dopo la malattia dà risultati positivi nel 75 % (Mc Callum, citato da Ustvedt).

Comunque la probabile affinità fra vaiuolo ed alastrim, e la possibilità che questo si trasmetta ai bianchi devono consigliare di far prendere per l'alastrim delle misure di vigilanza e profilassi, non dissimili da quelle adottate per il vaiuolo, tenendo conto anche del periodo di incubazione che per l'alastrim può arrivare a 21 giorni. Del resto, se vi sono paesi in cui l'alastrim viene considerato come una varicella (Guadalupa) o come entità a sè, distinta dal vaiuolo (Martinica) ve ne sono altri, come il Brasile, dove all'ufficio di igiene viene registrato come vaiuolo. I buoni risultati ottenuti con la vaccinazione ad Antigua consigliano di adottare questa misura anche nel caso dell'alastrim (1).

L'alastrim offre anche materia di considerazioni in rapporto ad altre malattie che ad esso si possono ravvicinare. È noto che da molti autori si ammette l'affinità fra zona e varicella, non solo per l'identità clinica ed anatomo-patologica dell'elemento eruttivo, ma per il fatto che dall'una si può avere la filiazione di casi dell'altra. In Italia, O. Cozzolino ha pubblicato l'osservazione di una epidemia di varicella che colpì 31 bambini di una sala d'ospedale, 13 giorni dopo che vi era stato ricoverato un bambino con zona toracica. Egli però ritiene di non poter affermare l'unicità dei due virus, specialmente in ragione della rarità di fatti precisi di contagio. In realtà però le osservazioni non sono tanto rare; Netter nel 1920 ne aveva raccolte 102, di cui 87 di zona-varicella e 15 di varicella-zona; altre 11 ne raccolse poi nei tre anni successivi per la sola Francia. Il nesso fra varicella e zona appare dunque come abbastanza probabile; ora l'alastrim tiene della prima la sindrome clinica, mentre avrebbe la distribuzione nervosa che si osserva nella seconda, la quale è stata appunto classificata come una epiteliosi neurotropa. La questione rientra in quella più generale degli erpeti, che è stata studiata recentemente da G. Mariani. Anche l'alastrim potrebbe appartenere a quel « vasto gruppo di reazioni epiteliari a virus di natura certamente diversa sebbene in qualche modo affine come l'erpete volgare ed il vaiuolo ». Tutte queste affezioni sono date da

(1) Moody, in una epidemia che colpì 6,000 persone alla Giamaica, ebbe a rilevare l'efficacia della vaccinazione. L'immunizzazione fra vaiuolo ed alastrim sarebbe reciproca, anche negli esperimenti su animali. Questo autore, al pari di J. P. Leake, conclude per l'identificazione del vaiuolo con l'alastrim.

(1) Per la necessità di adottare misure profilattiche adatte conclude anche J. Salvat a proposito dell'osservazione di una pretesa epidemia di alastrim in Spagna.

virus filtrabili ed hanno manifestazioni dermo- o neurotropiche, che però, pure essendo di importanza clinica, non possono servire come criterio assoluto di classificazione, potendo — in condizioni sperimentali — variare e spostarsi. L'alastrim, con la sua distribuzione mielomerica, potrebbe appunto avvicinarsi alla zona, in cui si ha pure la distribuzione per tronchi nervosi ed in cui «le lesioni dei centri nervosi (ganglio-radicoliti e mieliti) sono così costanti e spesso così gravi da giustificare in parte il termine di poliomielite posteriore dato da alcuni». Ulteriori ricerche porteranno maggiore luce sull'interessante ed intricata questione nella quale si incomincia ad intravedere la via che condurrà forse alla soluzione.

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE.

M. BRELET. *L'Alastrim.* Gazette des Hôpitaux, 1924, n. 7.

S. CHAUVET. *L'Alastrim.* La clinique, nov. 1923.

YNGVAR USTVEDT. *Alastrim, kopper, vandkopper?* Norsk magazin for laegevidenskaben, 1924, n. 6.

LEGÉ. *L'Alastrim.* Revue d'hygiène, ottobre 1923.

E. W. R. BRANCH e W. M. McDONALD. *A discours on the outbreak of alastrim in Antigua B. W. I.* The Journal of tropical medicine and hygiene, 15 giugno 1923.

W. H. HOFFMANN. *Blood studies in smallpox, with special reference to alastrim.* Ibidem.

G. MARIANI. *Stato attuale della questione degli erpeti.* XX Riunione della Soc. Ital. di dermatologia e sifilografia, Firenze 1923.

L. M. MOODY. *Alastrim or Kaffir milk pox.* Ann. of trop. med. and parasit. 31 marzo 1922.

J. P. LEAKE. *Experiments on lastrim.* Publ. health reports. Rif. in Bull. Institut Pasteur, 1922, pag. 387.

J. SALVAT. *Una presunta epidemia de alastrim en España y las enfermedades varioliformes exoticas.* Rev. española de medicina y cirugia, agosto 1924.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

La tubercolina nella diagnosi e nella cura della tubercolosi.

(R. PHILIP. *British Medical Journal*, 1923, numero 3247).

La introduzione nell'organismo di dosi varie di tubercolina produce negli individui tubercolotici reazioni locali e generali di diversa intensità, mentre negli individui immuni dalla stessa infezione non provoca alcun disturbo.

Gli effetti provocati colla iniezione di tubercolina sul focolaio tubercolare sono analoghi alle alterazioni che si osservano in una zona superficiale di lupus: congestione con arrossamento e gonfiore della zona luposa e del tessuto circostante, conseguente essudazione ed eventualmente formazione di croste. Tali effetti durano parecchi giorni. Ed è da presumere che alterazioni analoghe, ossia aggravamento del processo, si abbiano in focolai profondi.

Oltre i fatti focali si hanno reazioni generali consistenti in uno stato di malessere o anche alterazioni della temperatura e della circolazione. Tali sintomi sono per intensità proporzionati alla estensione della zona luposa, e sono molto pronunciati, ed anche molto gravi, quando i focolai tubercolari, specie se viscerali, sono molto estesi e numerosi.

Le tubercoline che meglio si prestano sono quelle di Koch e di Béraneck, quest'ultima è più indicata per scopi terapeutici.

La tubercolina si somministra per via sottocutanea, cutanea e percutanea.

Quando, secondo il metodo di Koch, la tubercolina si inietta *sottocutaneamente* si hanno reazioni *generali*, quali disturbi del polso ed ipertermia, *focali*, come quelli su descritti nelle zone lupose, e *locali*, consistenti in alterazioni più o meno accentuate e più o meno persistenti nel punto iniettato.

Le reazioni *locali* hanno una importanza diagnostica maggiore quando la inoculazione si fa per via *cutanea* o *percutanea*.

Il valore terapeutico della tubercolina è ancora in discussione: agli entusiasmi iniziali esagerati è successo uno scetticismo altrettanto ingiustificato. L'A. è convinto che la tubercolina ha un valore curativo specifico sicuro quando venga adoperata con criterio e con metodo. Si devono scegliere i casi suscettibili di essere influenzati, ossia non troppo avanzati, e la dose deve essere opportunamente graduata secondo i risultati ottenuti. Vi sono dettagli di metodo che possono essere insegnati solo dall'esperienza. Gli intervalli tra le successive iniezioni, la

durata della cura devono essere appropriati a ciascun caso. Vi sono individui che richiedono un trattamento intenso ed altri meno intenso. In ogni caso la cura deve avere una certa durata. La tubercolina prescelta deve essere diluita in soluzione fisiologica con l'aggiunta del 1/2 per cento di acido fenico. La iniezione ipodermica si fa al dorso. Si deve aver cura che la punta dell'ago attraversi tutta la cute e raggiunga il tessuto cellulare: si evita così la produzione di irritazione e di flemmoni.

Sahli ritiene che alla iniezione sottocutanea sia da preferirsi la introduzione *intradermica*, ossia un processo di vaccinazione multipla a mezzo di un ago speciale. Nessun dubbio che la tubercolina è assorbita producendo effetti generali. Con tal metodo si potrebbe giudicare del grado della reazione locale gli effetti curativi della tubercolina e quindi graduarne le dosi.

L'A. preconizza il metodo *percutaneo*, dal quale avrebbe avuto eccellenti risultati. La tubercolina somministrata a mezzo di una pomata sulla cute è assorbita rapidamente ed esercita una influenza specifica sui processi tubercolari, analoga a quella che si ha con la iniezione sottocutanea, con i medesimi effetti curativi. Su gli altri metodi quello percutaneo ha il vantaggio dell'assenza di qualsiasi dolore o molestia, il che ha grande importanza quando si tratta di curare bambini. La reazione cutanea non molto molesta costituisce per altro l'indice della efficacia della cura. D'altra parte l'applicazione della pomata non ha bisogno della presenza del medico. Solo nella tubercolosi viscerale occorre che sia sorvegliato il paziente per saggiare la reazione focale.

L'azione curativa su i processi tubercolari superficiali (pelle, glandole, ecc.) si rende manifesta in poche settimane. Così, ad esempio, un agglomerato di glandole si riduce ben presto di volume, e progressivamente le glandole si separano e diventano sempre più piccole. Si ottiene anche la cicatrizzazione dello scrofoloderma e del lupus, benchè in quest'ultimo lentamente.

Con la regressione del processo locale specie nelle forme glandulari dei bambini si ha un rapido miglioramento dello stato generale, una vera detubercolinizzazione progressiva.

La pomata, che dopo varî tentativi, si è dimostrata la più efficace è la seguente:

Tubercolina Koch	grammi 10-50
Eucaliptolo	grammi 5
Eucerina	grammi 100

La percentuale di tubercolina deve variare a secondo i soggetti e le forme da curare. Nei casi semplici si comincia con la pomata al 25 %. Nei ragazzi è bene cominciare con il 10 %. Quando la reazione locale, nonchè quella focale e generale, è lieve si può aumentare progressivamente la dose. Si strofina la pomata su due centimetri quadrati di pelle ben lavata a mezzo di una bacchetta di vetro sterilizzata. La frizione, quando non vi siano controindicazioni si ripete ogni settimana, o, quando la reazione è lieve, anche più spesso.

Dr.

Profilassi di disposizione o di esposizione nella tubercolosi; esacerbazione endogena o superinfezione esogena?

(REDEKER, *Deutsche Med. Woch.*, 15 febbr. 1924).

Le recenti statistiche hanno dimostrato i diretti rapporti tra mortalità e morbilità per tubercolosi e iponutrizione, gravosità del lavoro e ammassamento di individui infetti. A quest'ultimo fra gli altri fattori compete forse l'importanza maggiore.

L'alimentazione deficiente, mediante una dannosa influenza sulla costituzione corporea, provocherebbe riattivazione ed esacerbazione della tubercolosi alterando la stabilità dell'equilibrio biologico-immunitario. Dall'ammassamento di individui infetti deriverebbe invece una moltiplicazione dei casi di superinfezione massiva nei quali è impossibilitato lo stabilirsi di un equilibrio biologico-immunitario o, rispettivamente, viene rotto quello raggiunto.

Un aumento e un acceleramento della mortalità per tubercolosi provocato dalla iponutrizione dovrebbe a dir vero riguardare le forme morbose datanti da lungo, gli individui già prima malati, gli ereditariamente tarati e quelli con «habitus» tisico. Al contrario le statistiche in Germania degli ultimi periodi si accordano nel dimostrare: 1) che l'aumento della mortalità per tubercolosi riguarda precipuamente le forme morbose torpide e di breve durata; 2) che a preferenza vennero colpiti individui con polmoni originariamente sani, non tarati e di buona costituzione.

A ciò occorre aggiungere le considerazioni tratte dai recenti dati statistici sulla tubercolosi infantile. Trasparendo da questi una costante maggiore proporzione della mortalità delle femmine rispetto ai maschi e rilevando parallelamente la maggiore esposizione al contagio di quelle rispetto a questi (più lunga permanenza nella casa domestica non di rado ambiente igienicamente neglettissimo, aumento generale della tubercolosi femminile), l'A. deduce, in unione con i dati più sopra citati, che nell'aumento generale della mortalità per tubercolosi, occorra attribuire importanza di

gran lunga prevalente all'esposizione al contagio di fronte agli altri fattori quali, ad es., la speciale disposizione corporea determinata dal diverso stato di forza e di nutrizione.

I risultati ottenuti dalla reazione di Pirquet, praticata dall'A. su un numero rilevante di fanciulli del dispensario, furono in grado di offrire ulteriore conferma a tale concetto. Infatti, mentre da un lato venne constatata una più elevata percentuale di positività nelle femmine che nei maschi (38 % e 46 %), degna di rilievo fu l'osservazione che lo stato generale di quelle apparve per contro migliore in genere di quello dei maschi.

Nella numerosa casistica personale dell'A. riguardante fanciulli già tubercolosi e di recente ripresentatisi in occasione di peggioramenti, sorprendono anzitutto le cifre esprimenti il peso degli infermi, non inferiori, anzi superiori alla media, poscia la cospicua esposizione al contagio rappresentata nel 79 % dall'esistenza controllata di una fonte d'infezione familiare. Nei casi del genere l'A. è d'avviso quindi che, più che di un'esacerbazione endogena, debba trattarsi di un'avvenuta superinfezione, la quale agisca, sia influenzando dannosamente il già raggiunto equilibrio biologico-immunitario, sia, altresì, peggiorando i focolai morbosi già esistenti.

Concludendo, non bisogna oggidì nella questione della tubercolosi rendere unicamente responsabile la deficiente nutrizione: nelle critiche condizioni apportate dalla recente guerra e tuttora in gran parte sussistenti, sarebbe certo irragionevole non volerne tener conto o diminuirne l'importanza così per la massa come pel singolo, ma, appunto nell'attribuire anche al fattore alimentare il giusto peso, evitando di considerarlo causa unica e sola nell'aumento della mortalità e morbilità per tubercolosi, noi dobbiamo con ogni nostra forza impedire che da un'inerzia supina ed irragionevole sortiscano effetti quanto mai perniciosi. La profilassi di esposizione nella lotta contro la tubercolosi offre ancor oggi, nelle triste condizioni dell'igiene in genere e di quella domestica in specie, possibilità innumeri di utili applicazioni. L'opera del medico dovrà svolgersi ovunque, coscienziosa, armonica e imparziale, tutto comprendendo nella propria sorveglianza, dai dispensarî e dagli istituti di educazione, agli ospedali e ai sanatori tutti. Le statistiche mostrano i favorevoli risultati ottenuti da una tale profilassi intesa nel senso di poter ad ogni momento allontanare dalla famiglia gli infermi o i predisposti, accoglierli negli appositi istituti ed effettuare una tempestiva separazione dalla fonte di contagio utilizzando prontamente tutti quei mezzi atti al miglioramento della costituzione e dello stato generale. M. AGOSTINI.

DERMATOLOGIA.

Studio sul dermografismo.

(PASTEUR VALLERY-RADOT, KRIEF, JACQUEMAIRE. *La Presse Médicale*, 14 giugno 1924).

Il dermografismo e l'orticaria, benchè siano spesso assimilati per i loro segni obiettivi, sono due fenomeni ben distinti.

L'orticaria è pruriginosa, mentre non lo è il dermografismo; l'orticaria può essere di origine interna ed esterna, il dermografismo è sempre di origine esterna; in un individuo con orticaria in incubazione non sempre è possibile produrre chiazze orticate mentre è sempre facile produrre a volontà il dermografismo in individui con dermografismo in incubazione. L'attacco di orticaria è uno stato passeggero, una vera crisi, mentre non lo è il dermografismo, che può dirsi invece uno stato permanente. Nell'orticaria, tra l'eccitazione causale e l'apparizione del fenomeno, v'è un intervallo abbastanza lungo, durante il quale si produce una crisi vascolo-sanguigna; nel dermografismo, invece, il fenomeno segue immediatamente l'eccitazione, ossia l'azione è unicamente locale. Non sempre orticaria e dermografismo si presentano insieme sullo stesso individuo.

Le cure antianafilattiche o endocrine, che spesso dànno buoni risultati nell'orticaria, sono di nessuna efficacia nel dermografismo.

Nella denominazione, dunque di « orticaria fattizia » che si dà al dermografismo, non bisogna vedere che una semplice analogia.

Dopo queste premesse, gli AA. dallo studio di un soggetto di cinquant'anni, sano ma affetto da dermografismo, traggono le seguenti conclusioni:

Il dermografismo, come si è detto, è un fenomeno ben diverso dall'orticaria. Si è ammesso finora che il dermografismo sia dovuto a turbe vasomotorie, però il fenomeno sembra ben più complesso.

Nel dermografismo bisogna distinguere l'elemento eritematoso dall'edematoso.

È certo che il rossore improvviso che appare dopo la frizione dei tegumenti, diffuso molto al di là del punto irritato e variabile secondo i momenti per intensità ed estensione, ed il fenomeno della pelle d'oca, dipendono dai nervi vasomotori che presentano una particolare eccitabilità negli individui affetti da dermografismo.

Questa turba vasomotoria di origine simpatica, tuttavia, non è sufficiente di per se stessa

a renderci ragione dell'edema che segue all'eritema per formare la stria dermografica, edema che dipende sopratutto da un fattore meccanico e da un fattore d'ordine circolatorio.

Perchè si produca l'edema dermografico, che si manifesta con una stria ben delimitata in corrispondenza dei punti d'applicazione dell'agente meccanismo, è necessaria una forte pressione sui tegumenti. Il traumatismo agisce assai probabilmente modificando momentaneamente la parete dei capillari e permettendo così la fuoriuscita del plasma sanguigno.

È necessario però che la circolazione sanguigna si effettui normalmente perchè se questa si modifica ad es. in un arto per effetto di sostanze vaso-costrittrici o per un legaccio o per una posizione anormale o per una azione termica, il dermografismo su questo arto sarà ritardato, diminuito o anche del tutto annullato.

Sembra dunque che tre siano gli elementi indispensabili perchè si produca il dermografismo: una perturbazione vaso-motoria di origine simpatica, una più o meno energica azione meccanica e una circolazione regionale normale.

V. MONTESANO.

Il segno della vetropressione in dermatologia. Nodulo lupico e nodulo sifilitico.

(J. NICOLAS e M. FAVRE, *Paris médical*, 15 marzo 1924).

Scopo degli AA. in questo lavoro è di precisare il giusto valore del segno della vetropressione nella diagnosi differenziale tra nodulo luposo e nodulo sifilitico. Nell'affrontare il difficile problema, così frequente nella pratica clinica, della diagnosi fra lesioni cutanee sifilitiche e tubercolari occorre una volta di più insistere sulla necessità di prudenza e circospezione.

Le descrizioni cliniche sul lupus dei comuni trattati di dermatologia, nel parlare dei caratteri propri del nodulo luposo, si accordano nel conferire particolare valore ai sintomi rilevabili colla vetropressione: speciale colorazione e translucidità. Ora, la constatazione mediante il vetro diascopico di un infiltrato rosso-giallastro, color zucchero d'orzo, traslucido, è tale da imporre senz'altro, e senza tema di errori, la diagnosi di lupus? Nulla di tutto ciò. Esistono infatti altre infiammazioni cutanee le quali possono offrire reperto simile a quello ottenuto mediante la vetropressione delle superfici lupose. Fra esse la più comune è la sifilide.

Più volte occorrono nella letteratura osservazioni di sifilodermi il cui esame diascopico rivela noduli intradermici perfettamente simili per colore e translucidità a quelli luposi ed in cui i risultati terapeutici confermano ulteriormente la diagnosi. Il prof. Pautrier illustrava di recente un caso di « sifiloderma terziario lupiforme confluente del volto simulante un lupus volgare ». Questo stesso autore, in armonia con altri trattatisti, pone in rilievo il colorito in genere più scuro, la consistenza maggiore del nodulo sifilitico di fronte al luposo: quest'ultimo suole apparire infatti più pallido, giallastro e molle.

E certo a tali caratteri differenziali non può negarsi valore, ma occorre d'altro lato riconoscere la loro contingenza ed il fatto ch'essi sono basati su apprezzamenti di colore e consistenza suscettibili di variare da un osservatore all'altro. Elementi critici sottili e lungi dall'esser costanti, sui quali non può essere senz'altro poggiata una diagnosi differenziale di tanta importanza come quella tra lesioni sifilitiche e tubercolari. Al contrario, occorre invece tener presente la possibilità, nient'affatto rara, di quei sifilodermi che alla semplice ispezione, e più alla vetropressione, mentiscono il lupus. Il che del resto corrisponde anche alla grande simiglianza del quadro istologico delle lesioni sifilitiche e tubercolari (Nicolas e Favre, Darier): simiglianza atta a renderci conto anche della analogia clinica fra le rispettive affezioni e per la quale non vi è da stupirsi se il segno della vetropressione, manifestazione transcutanea delle trasformazioni patologiche del derma, presenti i medesimi caratteri nelle infiammazioni cutanee sifilitiche e tubercolari.

Nel concludere gli AA. ricordano le non rare difficoltà della diagnosi differenziale tra lupus e sifilodermi: rilevano l'opportunità di togliere di mezzo le formule assolute e i sintomi considerati patognomonici, tanto spesso fallaci. Occorre non limitarsi alla constatazione di uno solo fra i sintomi clinici offerti dalle superfici malate, ma, in ogni caso, procedere ad un esame completo di tutti gli elementi accessibili.

M. AGOSTINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

DUROUX. *Les cancers*. Masson & C. Parigi, 1923. Frs. 16.

L'A. espone le condizioni etiologiche dei cancri rilevando l'importanza delle lesioni sifilitice con ulcerazioni o leucoplasie che costituiscono uno stato precanceroso; delle diverse irritazioni dovute a traumi, (specialmente per il sarcoma) a sostanze chimiche (catrame, paraffina, aniline, nicotina), a fenomeni fisici (raggi X, radio, raggi solari), ad insufficienza igienica del corpo (corpi estranei, parassiti) rappresentando ogni singolo fattore il mezzo per la localizzazione del parassita del cancro. Rileva ancora l'importanza dell'alimentazione con carni di cattiva qualità non perfettamente cotte o con volatili e pesci infetti ed infine l'equilibrio organico con i suoi disturbi da menopausa, da affaticamento.

In una seconda parte stabilisce il principio canceroso che sarebbe sempre un elemento esogeno parassitario d'ordine vegetale o animale fra cui specialmente elementi flagellati, neospirilli.

In seguito tratta della trasmissibilità dei cancri dall'uomo all'animale, da animale ad animale della stessa specie e della immunità naturale e specifica dei tessuti che depongono in favore della natura infettiva dei tumori. Riporta gli studi sul sarcoma infettivo dei polli e sul cancro da spiroptera neoplastica dei topi. A simiglianza delle infezioni, divide le manifestazioni cliniche dei cancri in carcinosi acute e croniche.

Sul trattamento curativo l'A. pensa che esso deve essere essenzialmente operatorio e precoce e subordinatamente con radium e radioterapia, diatermia, folgorazione, elettrocoagulazione ed infine con mezzi chimici e biologici. In ultimo stabilisce il trattamento preventivo con la terapia antisifilitica, il trattamento delle ulcerazioni croniche e con la organizzazione dell'igiene in tutte le sue branche di diffusione.

Br.

H. WILDBOLZ. *Lehrbuch der Urologie*, p. VIII-546, fig. 183, parte a colori. Berlin, Springer, 1924.

L'urologia ha saputo destare in molti medici e sopratutto in parecchi chirurgi un grande e specialissimo interesse, tale da giustificare una ricca fioritura di lavori in questa specialità. Il libro si indirizza non tanto agli specialisti quanto ai medici pratici che diuturnamente vengono a contatto con malati urinari, d'indole chirurgica. Per queste ragioni e per non aumentare di troppo la mole del libro, vi sono state scartate *a priori* la gonorrea e le nefriti, e comprese invece le affezioni chirurgiche dell'apparato genitale maschile.

Precede una parte generale, in cui sfrondate del superfluo e del dottrinario, sono descritte tutte quelle indagini, anamnestiche, obiettive e chimiche, indispensabili per una corretta diagnosi. Seguono vari capitoli sulle svariate affezioni del rene, della vescica, della prostata, delle vescichette seminali, dell'uretra, del pene e dello scroto.

Chiude il libro un interessante capitolo sui disturbi funzionali degli organi sessuali maschili.

A. P.

Biologie u. Pathologie des Weibes. Ed. Urban u. Schwarzenberg. Berlino, Friedrichstrasse 105 b.

In un precedente cenno bibliografico, annunziando il trattato di Biologia e patologia femminile, diretto da J. Halban e da L. Seitz, si segnalava la ampiezza di vedute con quale era stato concepito, quale appariva già dal programma. I fascicoli della importante opera vengono pubblicati con frequenza e sono tutti veramente encomiabili, anche per la veste tipografica sempre nitidissima, elegante e per la ricchezza di belle figure.

Questi due ultimi fascicoli chiudono rispettivamente i volumi I e II. Sopratutto interessante il capitolo ricchissimo dedicato da Aschner ai rapporti fra ghiandole endocrine e fisiopatologia sessuale femminile e quello di Keller sulla anatomia comparata genitale dei mammiferi; anche interessano le norme di igiene della gravidanza, date da Baisch; mentre nel fascicolo che chiude il II volume si tratta delle norme da seguire per i preparativi agli interventi ginecologici (Stickel) e delle varie modalità di narcosi (Thaler).

Si tratta, come risulta anche dal sommario cenno dato, di un'opera grandiosa; questi due primi volumi occupano ciascuno circa 900 pagine in grande formato; è perciò opera di consultazione più che di studio. Pensiamo che nel campo della specialità l'attuale trattato sia destinato a sostituire i due fin qui classici del Winckel e del Veit rispettivamente per la ostetricia e per la ginecologia.

P. G.

MICHELE ARLOTTA. *Terapia delle ptosi, delle ghiandole parenchimatose e dell'utero*. Palermo, ed. Prometeo, Via Castriota. L. 50.

Voluminosa monografia, nella quale sono sopratutto poste in valore le modalità tecniche seguite nella scuola fiorentissima del Parlavecchio. Senza tuttavia esclusivismi, per lo

meno nella esposizione, tanto vero, per es., che, per restare nel campo ginecologico sono anche riportate le illustrazioni relative al metodo di isteropessi pelvica di Pestalozza.

È opera che, mentre onora la scuola, dimostra le ottime attitudini dell'A. e rappresenta un libro utilissimo al ginecologo e al chirurgo in genere

P. G.

HARTMANN. *La neurotomie rétro-gassérienne.* Editore Doin, Parigi.

Sulla scorta di osservazioni di altri AA. e di numerose personali l'A. esamina le conseguenze fisiologiche e patologiche della neurotomia retrogasseriana. Sono studiate le modificazioni sensitive, motrici, lagrimali, pupillari, della tensione oculare, della secrezione cutanea, della circolazione retinea e cutanea, nonchè i processi a carico della cornea che seguono all'operazione.

La monografia costituisce un'esposizione completa della fisiologia del trigemino e delle fibre vegetative che hanno con detto nervo tante interferenze anatomiche e funzionali, e dei metodi tecnici atti ad eliminare o attenuare i disturbi consecutivi all'operazione.

DR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Regia Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 31 maggio 1924.

Presidenza: Prof. U. ARCANGELI, *cons. anziano.*

Cura dell'echinococco.

Prof. O. MARGARUCCI. — L'O. richiama l'attenzione dell'Accademia su due operati, uno per sarcoma della parete addominale-toracica e del diaframma sul punto di loro convergenza, l'altro di echinococco del fegato. Nel primo ha proceduto all'asportazione del tumore e ne espone la tecnica ed il risultato.

Prende occasione dal secondo malato per sostenere l'operazione in un tempo, con sutura occlusiva dell'apertura perientica e con affondamento senza drenaggio. Di tale metodo operativo egli porta un largo contributo personale, mettendo in evidenza indicazioni e controindicazioni.

Sulla presenza della biliverdina e di ferro nella zona marginale della placenta del cane.

Prof. A. CLEMENTI. — Riferisce delle analisi quantitative da lui praticate sulla composizione della zona marginale della placenta delle cagne.

Egli ha potuto mettere in evidenza biliverdina senza sali biliari, fatto che dimostrerebbe la produzione della biliverdina al di fuori dell'azione del fegato e indipendentemente dalla produzione dei sali biliari.

Amebiasi, amebemie, amebopatie umane in Italia.

Prof. O. CASAGRANDI. — Ritiene che la dissenteria amebica in Italia è rarissima, che le cisti a quattro nuclei non sono le cisti dell'ameba hystolitica e che essa non è probabilmente il fattore unico nel determinismo della dissenteria, e muove appunti al valore amebicida dell'emetina.

Il prof. PONTANO dice che pur non basando la diagnosi sul reperto delle cisti, elemento infido, ha trovato non rarissima la infezione amebica con forme cliniche le più svariate.

Espone gli argomenti a sostegno del valore patogeno dell'ameba nelle lesioni dell'intestino, nelle lesioni epatiche, e pur riconoscendo che alcuni punti debbono essere chiariti, si affida alla esperienza personale pel sostegno del valore curativo dell'emetina.

Prof. ARCANGELI. — Basandosi sulla propria esperienza dice che la forma amebica intestinale ed epatica è forse più frequente della dissenteria bacillare, che talora la forma è mista, e che ad ogni modo la cura emetinica nella pratica privata ed ospedaliera dà ogni giorno successi, che ci convincono sull'azione curativa del rimedio e sull'etiologia delle forme morbose.

Prof. CASAGRANDI. — Risponde al Pontano e si dice lieto dello scarso valore attribuito al reperto delle cisti; ma conferma la rarità dell'ameba hystolitica in Italia. Al prof. Arcangeli risponde che il problema dell'emetina deve essere *ex novo* affrontato, e che per ora è lecito solo ritenere l'emetina come un rimedio sintomatico. Nota il pericolo che può derivare dal ritenere amebiche molte forme di enteropatie, trascurando il pericoloso diffondersi del b. di Shiga.

La sindrome gastroenterica nella rabbia canina.

Prof. V. PUNTONI. — L'O. illustra la possibilità di una rabbia canina a sindrome gastrointestinale e riferisce le sue ricerche non ancora conclusive per indagare se tali forme sono determinate da una particolare localizzazione del virus rabbico.

La plastica primaria osteoperiostea nelle fratture esposte della volta cranica.

Prof. A. CHIASSERINI. — Illustra gli ottimi risultati ottenuti nella sua esperienza con la plastica osteoperiostea nelle ferite craniche penetranti e dà le note fondamentali per le indicazioni e controindicazioni alle plastiche e alle chiusure per prima.

Il prof. RAGGIO è di accordo con l'O. e richiama la sua esperienza in argomento.

E. GROSSI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Sul rischiaramento dell'apice polmonare.

L'assenza della illuminazione improvvisa dell'apice all'acme del colpo di tosse (*fenomeno di Krenzfuchs*) è, osserva G. Bianchi (*La Radiologia Medica*, 1924, n. 1), il segno radiologico più noto fra i rilievi precoci dell'infiltrazione apicale. A che cosa è dovuta?

I. Durante il colpo di tosse si ha un ampliamento di uno o due cm. della regione apicale per abbassamento della clavicola, più accentuato verso il lato esterno. Oltre questo ampliamento, si ha illuminazione improvvisa degli spazi intercostali della regione apicale, che, per l'attimo corrispondente all'acme della tosse, si rischiara più del restante campo polmonare. Il Rist spiega questo fatto nel modo seguente: durante l'espirazione forzata che costituisce l'acme del colpo di tosse si ha simultaneamente chiusura della glottide ed elevazione brusca del diaframma: quindi parte dell'aria si ingolfa nei bronchi superiori e dilata improvvisamente gli alveoli degli apici, dando la sua immagine radioscopica maggiormente illuminata.

Manca questa maggiore illuminazione se il parenchima apicale è infiltrato e poco estensibile.

II. Altra causa dell'illuminazione è lo spostamento in alto dell'apice, per sollevamento della cupula pleurica, certamente dotata di una certa elasticità.

III. L'A. descrive quindi il suo *fenomeno della tendina*, evidente in qualche soggetto. Nel momento in cui la glottide si apre, sembra che una tendina, situata davanti all'apice, scatti in alto, scoprendo la regione apicale, per poi subito riabbassarsi. È un fenomeno messo in rapporto con le variazioni di volume della succlavia che durante la ispirazione forzata si svuota in parte del suo contenuto: durante l'espirazione forzata (tosse) si riempie di sangue, distendendosi al massimo, per svuotarsi rapidamente all'apertura della glottide.

IV. Altri autori danno importanza agli spostamenti dei muscoli sterno-cleido-mastoideo ed omoioideo, e del corpo della tiroide.

PERSIA.

Frequenza dei sintomi della tubercolosi polmonare.

Dall'esame di oltre 300 casi di tubercolosi polmonare, O. S. Pettingill (*Boston med. and. surg. jour.*, 14 febbraio 1924) conclude che la tosse è il sintoma più comune nei casi di tubercolosi incipiente e moderatamente avanzata. In meno della metà dei casi si ha anche espettorazione. La tosse è data dalla irritazione bronchiale per il vicino processo tubercolare, oppure dalla tubercolosi dei bronchi. L'espettorazione sanguigna può essere il primo sintoma, ciò che si verifica nel 6,4 % dei casi. È dovuta all'erosione od alla lacerazione di un capillare. Quando il processo infiammatorio è molto acuto, si può avere una fuoriuscita delle emazie senza rottura di vasi; in tal caso, non si ha il colore rosso vivo del sangue. I casi mediocremente avanzati di tubercolosi hanno nell'anamnesi l'espettorazione sanguigna nel 40,6 %.

Frequente (circa la metà dei casi) è pure il dolore toracico a tipo pleuritico. La dispnea può essere prodotta dal dolore toracico, ovvero dalla diminuita capacità polmonare e dalla perdita della funzione respiratoria.

Fra i sintomi generali, sono comuni la facile stanchezza (17 %), la perdita di peso, la febbre pomeridiana (54 %), il polso frequente, i sudori notturni (40 %), l'instabilità generale nervosa, i disturbi dell'apparato digerente senza una malattia organica. La presenza di tali sintomi può anche servire per il giudizio pronostico.

fil.

CASISTICA E TERAPIA.

Il diabete mellito in gravidanza.

La frequente comparsa di glucosio e di lattosio nelle urine delle gravide, come pure la tendenza all'acidosi, dimostrano che in tale periodo il metabolismo degli zuccheri è più instabile. E ciò è in rapporto colle alterazioni anatomiche e fisiologiche indotte dalla gravidanza in alcuni organi a secrezione interna.

Clinicamente H. J. Wiener (*Am. Journ. of Obst. and Gynec.*, vol. VII, n. 6, 1924) distingue:

1) *Glicosuria renale*, in cui appaiono nelle urine della gravida traccie di glucosio (0,2-0,3 per cento), restando però normale la quantità dello zucchero nel sangue. Tale forma è probabilmente dovuta ad un'azione tossica dei prodotti del metabolismo fetale, per cui si abbassa la soglia di eliminazione renale per lo zucchero. L'ingestione di idrati di carbonio non influenza tale glicosuria, che dopo il parto rapidamente scomparisce.

2) *Diabete mellito transitorio*, rappresentato da rari casi in cui la comparsa della zucchero nelle urine va unita a un aumento della glicemia, mancando però i sintomi del diabete. Questa forma, che pure si dilegua col parto, sarebbe probabilmente dovuta a una

insufficienza funzionale transitoria delle isole del Langherans.

3) *Diabete mellito vero e proprio.* Le statistiche dimostrano che in tal caso raramente la donna riesce gravida, a causa probabilmente delle lesioni che la malattia induce nelle ovaia. Inoltre lo stato di gravidanza influisce per lo più sinistramente sulla malattia: la mortalità intrauterina si eleva a circa il 50 %, e spesso il coma uccide la madre e il feto. Tra i sopravvissuti da madri diabetiche sono poi frequenti i prematuri e gli affetti da idrocefalo e da diabete congenito.

L'alterazione notevole delle ghiandole endocrine in gravidanza, e specialmente quella del pancreas, rende poco probativi i resultati della cura insulinica; per cui è buona regola che le diabetiche evitino il concepimento, e se per caso questo si sia verificato, è consigliabile la interruzione precoce della gravidanza.

M. FABERI.

Le suppurazioni nei diabetici.

Le suppurazioni sono complicazioni frequenti nei diabetici, e si hanno in occasione della minima scorticatura o puntura, sicchè la più piccola operazione diventa grave in questi malati. In presenza di suppurazioni multiple o ripetute si deve pensare al diabete, che spesso è appunto riconosciuto in base a questa osservazione. A sua volta la suppurazione espone il diabetico a gravi pericoli; aumenta il disturbo glico-regolatore, determina l'acidosi. Spesso i diabetici con un patereccio muoiono in coma per acidosi.

Il trattamento deve essere anzitutto medico, nel senso di istituire il regime dietetico severo del diabetico. M. Labbé (*Journal de médecine de Paris*, 1 marzo 1924) cita il caso di un uomo in cui l'iniezione di insulina era stata seguita da ascesso; passato alla sezione di chirurgia, l'ascesso venne punto, ma si trascurò di far seguire il regime adatto, sicchè la suppurazione continuò, si ebbe nuovamente glicosuria e si svilupparono sintomi minacciosi di acidosi. Al ritorno nella sezione di medicina, fu ripreso il regime severo ed in otto giorni scomparvero l'acidosi e la glicosuria; la suppurazione cessò del tutto.

Sono anche utili le vaccinazioni strepto- o stafilococciche, che danno buoni risultati nei foruncoli e nell'antrace. Quando però il pus si è raccolto, non resta che aprire largamente l'ascesso. Si devono però evitare amputazioni estese e precoci, come certi chirurghi hanno tendenza di fare. Esse sono di solito inutili quando la cura medica è istituita a tempo.

fil.

Sull' insulina.

Un articolo sintetico su questo importante mezzo terapeutico viene pubblicato da W. H. Willcox (*The Practitioner*, n. 673, July 1924).

Dalle prime ricerche di V. Mering e Minkowski nel 1889 sul diabete sperimentale dei cani sottoposti a estirpazione del pancreas, si giunge al 1921, nel quale anno solamente è stato possibile a Banting, Best e Macleod isolare il principio attivo pancreatico che presiede al metabolismo dello zucchero, e che fu chiamato insulina, perchè presente esclusivamente nelle isole del Langherans.

La preparazione del medicamento che si estrae dal pancreas di porco o di altri animali adulti, richiede vari accorgimenti di tecnica, e si basa fondamentalmente sopra un trattamento preventivo della ghiandola, pel quale si distrugge la tripsina, la cui presenza impedisce l'isolamento dell'insulina.

Di composizione chimicamente tuttora sconosciuta, si presenta come una sostanza solida, solubile in acqua e in alcool a 80 %; non dà nessuna delle reazioni delle sostanze proteiche, resiste all'ebullizione per un'ora in soluzioni debolmente acide, ma è distrutta rapidamente in quelle alcaline. Per il dosaggio si è stabilito che tre unità rappresentano la quantità minima capace di provocare le convulsioni in un coniglio sano di 2 kilogrammi. Le preparazioni inglesi del commercio contengono 20 unità per cent. cubico.

Fisiologicamente si comporta come un ormone capace di diminuire lo zucchero nel sangue. Nel diabete quindi corregge l'alterato metabolismo degli idrati di carbonio, rende possibile l'accumulo del glicogeno nel fegato, innalza il quoziente respiratorio, riporta il tasso glicemico alla norma, e in pari tempo ha anche azione sul metabolismo dei grassi, facendo scomparire l'acidosi del sangue. L'adrenalina e la pituitrina annullano tali effetti.

L'unica via di somministrazione è per ora rappresentata dalla sottocutanea e dall'endovenosa.

Per quel che riguarda l'uso terapeutico è necessario aver presente che il successo è in rapporto colla preventiva eliminazione di tutti i focolai settici che possono esistere nel malato, nelle tonsille, nel naso faringe, nei seni, nei denti; come pure le infezioni di origine cutanea, la sifilide, le intossicazioni intestinali. Se dopo tale eliminazione si constaterà che la tolleranza per gli idrati di carbonio è nel paziente al disotto di 100 grammi, la cura insulinica è indicata. Stabilendo la curva di tale tolleranza si diagnosticherà il tipo del

diabete, poichè se l'insulina è indicata nel diabete mellito vero e proprio, è nettamente controindicata nel cosidetto diabete renale, e nei casi lievi e con curva prossima al normale.

In genere si comincerà con 5 unità al momento della colazione, per due giorni, aumentando poi a 10 e più. La tolleranza per lo zucchero aumenterà in ragione di 2 a 5 grammi per unità di medicamento somministrato; in ogni modo però questo non rappresenta una cura vera e propria del diabete, essendo il suo effetto transitorio, e al massimo si può ritenere che, regolarizzando il tasso glicemico, procura riposo alle isole di Langherans del malato, permettendo fino a un certo punto la loro rigenerazione.

La diminuzione dello zucchero del sangue può però andare tanto oltre da giungere a provocare lo stato d'ipoglicemia, manifestantesi con debolezza, torpore, ansietà, congestione del volto, sudorazioni, tremori, tachicardia, e, in casi avanzati, delirio e coma. Le convulsioni nell'uomo sono più rare che negli animali. Onde prevenire tali fatti, bisogna regolare attentamente la dose, la quale non è in rapporto colla quantità di zucchero del sangue, ma piuttosto colla varietà e col tipo della malattia. Si è, per esempio, visto che nei diabetici di vecchia data la tolleranza per lo stato di glicemia è grande, e che in essi la sindrome di ipoglicemia può apparire già quando il tasso è disceso a 0,15 %.

In caso di acidosi il dosaggio sarà sin dall'inizio di almeno 30 unità, ripetendo altre 20 unità o più ogni 2 ore, avendo cura di somministrare contemporaneamente per bocca succo di arancio e 1 grammo di glucosio per unità d'insulina se vi è coma, nonchè praticando la solita cura col bicarbonato di sodio ad alte dosi. In tal modo si vedrà spesso scomparire prima l'acetone e l'acido diacetico dalle urine, che lo zucchero dal sangue. M. FABERI.

L'Impiego dell'insulina nei diabetici tubercolosi

Molti ritengono che la tubercolosi sia una controindicazione all'uso dell'insulina e si domandano se caso mai l'insulina non attivi la tubercolosi. Si sono registrati infatti dei casi nei quali si è avuta o una poussée evolutiva in tbc. latenti, o aggravamenti considerevoli, pur migliorando le condizioni del ricambio dello zucchero, o perfino la morte.

Questo pessimismo non è diviso dalla gran parte dei medici di America, dove sembra del resto che i tubercolosi diabetici siano pochi.

Banting, Campbelt, Fletcher, Joslin, Allen o Sherrill credono che l'insulina permetta ai diabetici tubercolosi di nutrirsi meglio e mettersi in migliori condizioni di resistenza di fronte alla infezione tubercolare.

Marcel Labbé, Bith e Boulin il 28 dicembre 1923, riferirono le osservazioni sul trattamento con l'insulina di 4 diabetici tubercolosi, con denutrizione ed acidosi.

Il processo tubercolare non fu aggravato in nessuno, nè si ebbero poussées evolutive, o recrudescenza dei sintomi polmonari.

Non si ebbe aumento di temperatura: anzi un malato che aveva febbre a 38°, appena istituito il trattamento insulinico scese a T. normale.

Un altro potè essere operato e guarire senza fistolizzazione e rapidamente di un ascesso perianale di natura tubercolare.

In tuti si ebbe miglioramento dello stato generale, con scomparsa dell'acidosi, del senso di malessere, di astenia, di stanchezza e di depressione morale e con aumento di peso.

Gli AA. credono in conclusione che non bisogna privare i tubercolosi diabetici dei benefici dell'insulina.

(*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1924, n. 39).

PERSIA.

I piccoli segni dell' insufficienza ovarica.

La diagnosi di insufficienza ovarica va acquistando sempre maggiore importanza, in quanto che la si trova alla base di molte sindromi come l'isterismo, che dapprima si ritenevano oscure. I piccoli segni sono per lo più tanto netti e chiari che permettono la diagnosi anche a distanza. Alcuni di essi hanno rapporti con l'ipertiroidismo, altri invece direttamente con l'insufficienza ovarica. B. Zénope (*Revue franç. de gynécologie et d'obstétrique*, 25 aprile 1924) così li riassume.

Statura. Se grande, è spesso conseguenza di insufficienza congenita; se piccola (sotto metri 1.50) è sempre segno di insufficienza ovarica

Obesità. Sempre o quasi sempre connessa con l'insufficienza. L'obesità può essere parziale o localizzata alle guance, ai seni, al ventre, alle natiche, alle coscie, alle caviglie. Guarisce col trattamento ovarico od orchitico, a condizione che sia prolungato (un anno e più).

Sistema pilifero. L'ipertricosi è segno di insufficienza; la sua assenza non indica però ovaio normale. Può essere localizzata alla capigliatura, alla radice del naso (ipertricosi intersopraccigliare) alle braccia (che anche se poco vellutate indicano nettamente l'insufficienza), alle coscie, al labbro superiore, al collo.

Le guance rosee ed a maggior ragione se sono rosse, indicano sempre insufficienza ovarica e spesso ipertiroidismo; il segno è tanto

più importante in quanto che si prende spesso questo colore come segno di buona salute.

La collera frequente è la conseguenza dell'ipertiroidismo, che si accompagna spesso all'insufficienza ovarica. Sparisce al pari degli altri segni di ipertiroidismo (vampate di caldo, insonnia, palpitazioni, ecc.) col trattamento ovarico. Invece della collera, l'organismo si sbarazza dell'eccesso tiroideo mediante altre scariche muscolari; quali il riso frequente e facile, il chiacchierio, che si trovano spesso riunite in un solo soggetto.

Anche l'iperidrosi generalizzata o localizzata è conseguenza della insufficienza ovarica ed accompagna le altre manifestazioni dell'ipertiroidismo; analogamente per l'ipercloridria.

L'analisi delle urine può anche offrire un punto di appoggio per la diagnosi. Con rene e nutrizione normale, le insufficienti ovariche hanno un peso specifico assai elevato 1.028-038), senza tracce di zucchero, ciò che indica diminuzione del metabolismo basale, ed hanno aumento dell'acido urico e degli urati. Se però contemporaneamente vi è ipertiroidismo, tale aumento di densità non si ha più, poichè è compensato dall'aumento del metabolismo basale che si ha nell'ipertiroidismo.

L'ansamento, se non vi è altra ragione può pure osservarsi nelle insufficienti ovariche; esso scompare con una cura di estratto ovarico od orchitico. La magrezza, come l'obesità, può pure essere segno di insufficienza ovarica.

Tutti questi segni hanno valore soltanto se positivi; la loro assenza non indica affatto funzionamento normale dell'ovaio. *fil.*

L' iperovarismo.

L'eccessiva attività della funzione endocrina dell'ovaio si fa risentire profondamente sull'organismo femminile, con sintomi che rappresentano in certo modo l'inverso di quelli dell'ipoovarismo.

Essi sono: 1) Organi genitali. Sviluppo assai precoce, formazione troppo rapida al momento della pubertà. 2) Mestruazione. Abbondante al primo giorno, dura a lungo, si accompagna a congestione eccessiva degli organi pelvici e si ripete frequentemente al punto da costituire nelle giovanette quelle menorragie anemizzanti, che Trousseau ha incluso nella clorosi menorragica. 3) Morfologia generale. Di solito, magrezza, aspetto vivo, espressivo, occhi brillanti. 4) Stato mentale e nervoso. Nervosismo, irritabilità, senso genesico assai sviluppato, con fastigio al momento delle regole, talvolta tirannico se non soddisfatto, che può allora volgersi verso la nevrosi con idee fisse, l'ipocondria o l'autoerotismo. 5) Apparecchio circolatorio. Non vi sono sintomi bene sviluppati da questo lato, la pressione arteriosa è piuttosto elevata.

La sindrome iperovarica può apparire a tutte le epoche della vita sessuale, ma è più frequente alla pubertà ed alla menopausa. Come cura A. J. (*Journ. de médecine de Paris*, 10 maggio 1924) consiglia essenzialmente l'opoterapia. *fil.*

La cura medica del morbo di Flaiani-Basedow.

In generale questa malattia ha tendenza alla guarigione spontanea, che occorre favorire, mettendo il malato nelle migliori condizioni. È anzitutto necessario il riposo fisico e mentale, che può andare nei casi gravi fino alla immobilità. Per diminuire l'eccitabilità sono utili le applicazioni fredde generali o sulla regione precordiale, ed i bromuri. La nutrizione deve essere abbondante e mista, senza esclusione della carne; la somministrazione delle proteine deve farsi preferibilmente con uova e latticini. Alcuni autori però osservano che una dieta ricca di grassi e di carne può avere azione eccitante sulla ghiandola, e citano a riprova il fatto della diminuzione del morbo durante il digiuno forzato della guerra. Le diarree vagotoniche che si osservano in questa malattia poco sono influenzate dalla dieta, la quale è preferibile che sia povera in sostanze residuali. Poco vantaggio può dare la balneoterapia, da limitarsi a bagni tiepidi, seguìti da doccia fresca.

Il ferro e l'arsenico procurano dei miglioramenti; assai cauti si andrà con la digitale, la quale non sarà mai prescritta nella tachicardia, ma solo nella insufficienza. Contro i sudori non si userà mai l'atropina. Molto discussa è la cura jodica; certo si è che le dosi alte possono far diventare basedowiano un gozzo comune.

La cura per mezzo di siero di animali stiroidati ha dato risultati incerti; nessun miglioramento si ottiene con il timo e con i preparati surrenali. Buoni risultati avrebbe invece dato la terapia ipofisaria. Goldscheider (*Deut. med. Wochen.*, 1924, n. 12) ha trovato che le iniezioni di estratti ipofisarii sono utili non solo per i sintomi nervosi e generali, ma anche in casi gravi di tireotossicosi; l'effetto però non è costante. Molti risultati favorevoli si attribuiscono alla röntgenterapia, per la quale si prestano meglio i casi recenti e le esacerbazioni di quelli cronici. Si nota particolarmente diminuzione delle pulsazioni, aumento di peso del corpo, miglioramento del metabolismo basale; meno influenzati sono lo struma e l'esoftalmo. Vi sono poi dei casi del tutto refrattarii. *fil.*

Lo stato attuale della terapia paratiroidea.

La sindrome d'insufficienza paratiroidea è rappresentata fondamentalmente dalla tetania, consistente in una ipereccitabilità generale dei nervi periferici, apparizione di spasmi tonici, disturbi vasomotori vari, alterazione del metabolismo del calcio. Tale sindrome, piuttosto rara nell'uomo (spasmofilia, tetania gravidica, tetania idiopatica) non è affatto influenzata dalla somministrazione degli estratti paratiroidei, i quali invece sono indicati nella tetania da paratiroidectomia. Incerti poi i resultati ottenuti in altre malattie in cui si presume esista una deficienza parziale delle paratiroidi, come nella cateratta presenile, le alterazioni dello smalto dentario, l'otosclerosi, l'ulcera gastrica, le angioneurosi.

L'impiego della ghiandola in terapia, secondo MacDonald Critchley (*The Practitioner*, n. 673, July 1924) è piuttosto giustificato dalla dimostrazione di alcune sue proprietà farmacologiche.

In relazione infatti al potere di diminuire l'eccitabilità dei nervi periferici, se ne è fatto uso in neurologia, specie nelle forme di parkinsonismo primitivo o postencefalitico, nel quale diminuisce decisamente il tremore, dà una sensazione di maggior benessere, e modifica le sensazioni di caldo, la salivazione e i sudori. Associandola con l'ioscina, anche la rigidità viene favorevolmente influenzata. Nell'epilessia e nella corea si sono ottenuti invece resultati incerti e discordi.

In relazione al potere di aumentare il contenuto in calcio del siero, se ne è preconizzato l'impiego nelle diatesi emorragiche, nell'emofilia, nelle menorragie, nei geloni, come pure nell'osteomalacia, rachitide, osteogenesi imperfetta; ma anche qui con resultati poco incoraggianti.

Un'altra azione farmacologica delle paratiroidi sarebbe rappresentata dall'aumento della resistenza organica dei tessuti verso i veleni batterici e chimici. Se ne è perciò tentato l'uso nelle tossiemie croniche ulcerative (ulceri varicose, ulcera gastrica, ulceri maligne e gommose, erosioni della cervice uterina) e nelle tossiemie croniche suppurative e non suppurative (sinusite nasale, tonsillite, piorrea, otite, bacilluria, arteriosclerosi, eczema, psoriasi, clorosi, sciatica, sprue, anemia perniciosa, colite). Resultati probativi però non si sono avuti che nelle ulcerazioni varicose delle gambe.

Analogamente l'applicazione nelle malattie infettive non ha dato buoni risultati tranne che nella pertosse, in cui si ottiene una decisa diminuzione della violenza e frequenza degli accessi.

Nel campo delle malattie endocrine è il gozzo esoftalmico che trova giovamento nella cura con estratti paratiroidei, e ciò in rapporto colle correlazioni endocrino-farmacologiche tra tiroide e paratiroide.

M. FABERI.

VARIA

Le api in medicina.

Le api possono interessare il medico, oltre che come produttrici del miele e della cera, per gli effetti che la loro puntura produce sull'organismo. Non sono rarissimi i casi mortali di cui se ne conoscono una ventina nella letteratura, e sono abbastanza frequenti quelli gravi. La gravità può essere riferita a diverse cause, come al numero notevole di api che hanno punto, od alla parte del corpo interessata in cui l'edema (p. es. della glottide) che si sviluppa può determinare fenomeni minacciosi. Ma anche la puntura di una sola ape può dare sintomi inquietanti e ciò probabilmente in rapporto con le condizioni del soggetto.

Come è noto, l'ape inocula il suo veleno per mezzo di un pungiglione a cui fanno capo due ghiandole che, per la natura del loro secreto, si chiamano l'una acida, l'altra alcalina. Per mezzo di cinque paia di muscoli, l'ape spinge i due stili uncinati e contemporaneamente preme sul serbatoio velenifero, inoculandone il contenuto nel nemico a cui lascia anche il pungiglione, morendo così per la sua mutilazione e la sua vittoria.

Lo studio del veleno delle api non è dei più agevoli a causa della scarsa quantità che può fornire ogni ape, non più di 3-4 decimi di milligrammo, di cui due terzi sono costituiti da acqua. Per ottenerne una quantità sufficiente, allo studio delle proprietà chimiche, Langer ha dovuto utilizzare 12,000 api. Contrariamente a quanto si riteneva, questo autore è venuto alla conclusione che la sostanza attiva di questo veleno non è l'acido formico, il quale però esiste indubbiamente nel veleno stesso. La sostanza attiva sarebbe invece una base organica solubile negli acidi, precipitabile con l'ammoniaca ed insolubile in alcool. Studii più recenti di Fleury dimostrerebbero che si tratta di un complesso di lecitine con componenti basici, analoghe da un lato alle saponine aproteiche e dall'altro ai veleni del tipo della cantaridina.

L'analisi chimica però è incapace di darci nozioni più approfondite. Meglio risponde a tale scopo il metodo fisiologico seguito da C. Phisalix, usando il passero che risulta assai sensibile a tale veleno. La puntura di 2-3 api basta per dare in pochi minuti fenomeni di

intossicazione ed in 2-3 ore la morte. Si possono così distinguere nel veleno: una sostanza flogogena che viene distrutta in 15 minuti a 100°, che determina l'impotenza funzionale dell'arto punto e che provoca di solito i fenomeni nell'uomo; un veleno convulsivante, che viene distrutto in 30 minuti a 100° ed un veleno stupefacente, più resistente che i precedenti al riscaldamento e che, al contrario di essi, passa, sia pure parzialmente, a traverso le candele Berkefeld. I veleni flogogeno e stupefacente provengono dalla ghiandola acida, quello convulsivante dalla alcalina o dalla miscela dei due secreti. Il veleno ha anche proprietà emolitiche, al pari di quello di calabrone nel quale l'emolisina è stata dimostrata da Bertarelli e Tedeschi.

La funzione biologica del veleno dell'ape, oltre e più che difensiva, sarebbe quella di rendere antisettico il miele e l'alveare per mezzo dell'acido formico e delle essenze aromatiche; di fatto risulta che l'ape, prima di chiudere la cellula del favo, vi introduce, col pungiglione, una goccia del veleno del quale Langer ha dimostrato le proprietà antisettiche al riguardo dello stafilococco.

La sensibilità dei diversi animali al veleno delle api è diversa; la dose minima mortale che, nel cane è di 6 milligrammi per kg., è di 13 nel passero, di 25 nelle cavie, di 50 nelle rane. Altri animali, come il rospo e la lucertola, sono del tutto insensibili all'azione del veleno. È possibile anche arrivare all'immunità acquisita, come è dimostrato dalle esperienze sugli animali e dalla pratica degli apicultori che, dapprima sensibili all'azione del veleno, si immunizzano con l'andar del tempo, sicchè la puntura non determina che lievi fenomeni ed in qualche individuo, solo una piccola papula fugace.

Negli individui sensibili e nel caso di molteplici punture, si hanno sintomi generali, consistenti dapprima in eritemi, prurito ed edemi, poi stato congestivo con vertigini, delirio, agitazione, insonnia, disturbi oculari; compaiono poi segni di intossicazione bulbare con scialorrea, nausee, vomiti; talora si hanno anche scariche intestinali. I sintomi più gravi sono gli spasmi respiratorii e le convulsioni tonico-cloniche, che possono dare contratture determinanti trisma, disfagia, dispnea ed anche l'asfissia. Fra i sintomi locali, predominano il dolore cocente con rossore ed edema locale.

Per il trattamento dei fenomeni locali, non usiamo più i rimedii indicati nel secolo XVI da Pier Andrea Mattioli, quali le mosche trite e lo sterco vaccino impiastrato con acqua ed aceto, ma ricorriamo a mezzi più puliti, quali la soluzione alcoolica di acido fenico, la soluzione eterea di mentolo, la tintura di jodio, di cui M. Phisalix dice un gran bene. Viene altresì consigliata, se possibile, l'estrazione del pungiglione.

Quando vi siano fenomeni generali, si cercherà di far eliminare il veleno mettendo in funzione gli emuntorii specialmente l'intestino ed i reni. È assai indicata l'ipodermoclisi. Si farà poi il trattamento sintomatico particolarmente diretto a prevenire la morte per asfissia meccanica; molto utili risultano le iniezioni di olio canforato.

Ma le api potrebbero secondo alcuni fornire anche qualche rimedio per l'umanità sofferente. Esse compaiono fra i molti intrugli della medicina antica come, p. es., in una ricetta del Mattioli il quale asseriva che « le api secche e peste in polvere con altre cose appropriate et poscia fattone lenimento con olio et cera fanno, ungendosene, rinascere i capelli et parimenti i peli ove fussero cascati prima ». In tempi più recenti si è tentato di applicare in terapia non il corpo dell'ape, ma il suo veleno. È specialmente l'azione rivulsiva di questo che si è avuta di mira in tali tentativi. Un medico inglese, Burton, avrebbe trattato favorevolmente con questo mezzo diversi casi di reumatismi cronici articolari, ideando altresì una pinzetta speciale per la cattura e l'applicazione dell'ape. Anche altri autori avrebbero confermato tale pratica terapeutica ed un tedesco, A. Keiter, ha trattato l'argomento in un libro pubblicato nel 1914. Si parla di pazienti a cui sarebbero state inflitte in un sol giorno 50 ed anche 100 punture e di statistiche di 500 casi favorevoli, comprendenti anche neuralgie diverse, febbri intermittenti, bronchiti, ecc. Tutte osservazioni che un inglese, T. Duncan, apicultore egli stesso, non esita a chiamare fanfaluche. L'applicazione più recente consisterebbe nella cura del lupus, di cui un medico marsigliese avrebbe ottenuto, fra l'altro, una guarigione datante ormai da 14 anni.

È probabile che in tutti questi tentativi terapeutici vengano utilizzate le proprietà rivulsive del veleno delle api, attribuibili in parte all'acido formico. A questo sarebbe da ascriversi l'azione favorevole nel lupus, in cui, come è noto, già si usa l'acido lattico. Comunque, se lo studio del veleno delle api offre interesse dal punto di vista biologico, la terapia per mezzo di esso — l'*apizzazione* come è stata chiamata da taluno — ci fa ritornare ai metodi di cura dell'uomo primitivo e mal si accorda con l'odierna farmacologia che ci offre mezzi più razionali e meno incomodi.

FILIPPINI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

XVIII Congresso Nazionale dei Medici Condotti.

Si adunerà a Trento dal 14 al 18 settembre. Segretario del Comitato organizzatore è il dott. Giovanni Dal Ri, via Orbi 4 - Trento. Il programma e le norme del Congresso sono pubblicati su «Il Medico Condotto» del 5 agosto; ivi sono anche inserite le Relazioni morale e finanziaria del Sindacato Naz. Fascista M. C. per il 1923.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

CASTIGLIONE DELLA PESCAIA (*Grosseto*). — Per Vetulonia. L. 9000. Scad. ore 17 del 31 ag. Serv. entro 15 g. (*sic*).

CASTIGLIONE DELLE STIVIERE (*Mantova*). *Ospedale Civile.* — Direttore chirurgo. Vedi fasc. 31. Scadenza 31 agosto.

COLLALTO SABINO (*Roma*). — Consor.; ab. circa 3000 in 5 centri; L. 8000 stip. base, per 1500 pov.; L. 2000 indenn. resid. povera; L. 500 uff. san.; L. 2500 cav.; L. 1200 c.-v. Scad. ore 16 del 31 ag. Età lim. 40. Tassa L. 50 al tesoriere del comune. Serv. entro 10 g. (*sic*).

FIRENZE. *Spedale S. Giovanni di Dio.* — Due assistenti chirurgi; L. 5000 oltre indenn. guardia L. 1200 e indenn. c.-v. L. 1080. Scad. 31 ag.

LODI. *Consiglio degli Ospedali.* — Medico primario; titoli ed eventualm. esami; L. 12,500, sei quinquenni decimo, 1° c.-v.; iscriz. Cassa di Previdenza. Nascita non anter. 1° genn. 84. Lib. doc. in clin. o patol. med. da alm. 4 anni o prova di esercizio clinico in Istituto universitario da 5 anni o presso un Compat. medico di un grande Ospitale per 6 anni. Vaglia bancario di L. 50 girato a favore del cassiere dell'Osped. Magg. di Lodi. Divieto di direz. di Case private di salute o d'incarichi analoghi a caratt. continuativo. Scad. ore 16 del 25 settembre.

MAGLIANO SABINO (*Roma*). — A 30 giorni dal 5 agosto; 1ª condotta (città), con piccola zona della 2ª (campagna: mezzo di trasp. fornito dal Comune). L. 6000 residenziali, con 3 quinquenni decimo: nessuna indenn. c.-v.; L. 500 uff. san.

MONTEPULCIANO (*Siena*). — Al 10 sett., per Abbadia e Gracciano; L. 6500 per 500 prov.; addizion. L. 150 ogni 100 prov. o frazione di 100 in più; L. 4000 trasp.; c.-v.; 8 trienni ventesimo. Età lim. 30 (*sic*). Residenza entro 15 gg. (*sic*). chiedere annunzio.

NOVI LIGURE (*Alessandria*). *Ospedale di S. Giacomo.* — Medico primario; L. 7200 e 7 bienni del 5 %; c.-v. in L. 1440; 10 % importo degenze e diritti gabinetto; camera da letto. — Chirurgo primario: L. 10,000 e 7 bienni 5 %; c.-v. in L. 2000; 35 % atti operativi a pagam.; alloggio; richiedesi di coprire il posto di aiuto o assistente presso cliniche chirurgiche o grandi ospedali. — Per i due conc. 5 anni di laurea; età mass. 50; scad. 30 sett.

ORBETELLO (*Grosseto*). — Per Capalbio; L. 9000 oltre L. 1500 disag. resid. e L. 350 arm. farm.; sessenni decimo; c.-v. Serv. entro 15 (*sic*) giorni.

PITIGLIANO (*Grosseto*). — Al 28 ag. 2ª cond.; L. 9000 resid.; c.-v. di L. 65 se celibe, di L. 100 se ammogliato; addizion. L. 3 oltre 1000 pov. Ab. 5606 senza fraz. Età lim. 40. Tassa di L. 50 al tesoriere comunale.

PORDENONE (*Udine*). *Ospedale civile.* — Radiologo. A tutto 31 ag. Titoli ed esami. L. 3000 (*sic*) annue, assegni c.-v., compartecipaz. tariffe. Età mass. 40. Laurea da almeno 3 anni. Vaglia post. di L. 50.15. Chiedere annunzio.

REITANO (*Messina*). — Scad. 31 ag. Vedi fasc. 30.

S. CASCIANO DEI BAGNI (*Siena*). — Scad. 31 ott. Per Palazzone. Stip. L. 6000; cav. L. 2000; caroviv. L. 2000.

S. MICHELE AL TAGLIAMENTO (*Venezia*). — 2ª cond. ab. 4000 circa; L. 7800 e doppio c.-v.; indenn. malaria L. 1500; per cavallo L. 3400. Scad. 31 ag.

SONCINO (*Cremona*). — 3° reparto (Gallegnano-Isengo). Scad. 31 ag., ore 13. Poveri 800 circa. L. 6500 residenza; 4 quinq. decimo; fino a 1000 pov. L. 2000; ambul. L. 200; una e mezza indenn. caroviv. Chiedere annunzio.

VIVARO (*Udine*). — Scad. 10 settembre. Stip. 7500; ind. trasp. 2500; uff. san. 500; doppio c.-v.; alloggio e orto gratuito; abit. 2211. Richiedere chiarimenti Segreteria Comunale.

VOLTIDO (*Cremona*). — L. 7800 aumentabili a lire 11,200; per uff. san. L. 300; per bicicl. L. 200 (*sic*). Ab. 1298. Scad. 20 sett.

UFFICIO DI COLLOCAMENTO. — L'Ordine dei Medici della Provincia di Roma comunica di aver istituito nella propria Sede un Ufficio di collocamento per i Medici presso le varie Amministrazioni ospitaliere e presso i Comuni.

I Medici che cercano collocamento possono rivolgersi all'Ordine dei Medici, indicando con esattezza le loro aspirazioni e il loro domicilio.

BORSE DI STUDIO.

PERUGIA. *Collegio per gli orfani dei sanitari italiani.* — Due borse di studio. Vedi fasc. 31. Scadenza 15 settembre 1924.

ROMA. *Fondazione Cirincione-Cidonio* presso la Clinica Oculist. della R. Univ. — Concorso intern. a una borsa di studio di L. 20,000 e due medaglie d'oro da L. 1000 e 500; concorso nazion. a una borsa di studio di L. 7,000, per lavori di oftalmologia non pubblicati. Sono esclusi i professori titolari e coloro che abbiano oltrepass. 45 anni. Il vincitore dovrà frequentare la clinica dal 1° genn. al 30 apr. 1925. Chiedere annunzio. Scad. 30 sett. 1924.

ROMA. *Ministero della P. I.* — Assegno di perfezionamento all'estero; L. 6000 integrato da un supplemento di L. 3000-8000. Assegno di perfezionamento all'interno; L. 6000. Laurea in medicina

e chirurgia da non oltre 4 anni (5 per i dichiarati eleggibili l'anno scorso con 8/10 almeno). Istanze (su carta da L. 3), memorie e altri titoli e documenti alla Direzione gen. della Istruz. superiore non più tardi del 15 settembre.

SALSOMAGGIORE. *Associazione Nazionale Italiana Dottoresse in Medicina e Chirurgia.* — Borsa di studio Wassermann. Vedi fasc. 31. Scad. 31 ag. 1924.

CONCORSI A PREMI.

BOLOGNA. *Istituto Ortopedico Rizzoli.* — Premio Umberto I. Vedi fasc. 30. Scad. 31 dicembre 1924.

BOLOGNA. *R. Accademia delle Scienze.* — Fondazione S. Pozzi. Vedi fasc. 7. Scad. 31 dic. 1924.

FIRENZE. *Società Italiana di Pediatria.* — Quattro premi della Fondazione Mantovani. Vedi fascicolo 32. Scad. 31 dicembre 1924.

NOTIZIE DIVERSE.

L'Unione Internazionale contro la tubercolosi
ha tenuto la sua 4ª conferenza a Losanna dal 5 al 7 agosto, col concorso dei più insigni tisiologi. I lavori hanno assunto uno sviluppo e un'importanza notevoli; ne daremo in un prossimo numero un breve resoconto.

Tra gl'italiani hanno partecipato alla conferenza gli on. Paolucci e Capasso, i proff. Mendes, Ronzoni, Roatta, Carpi, Comba, Gabbi, Campani, Angelini, Pecori, Levi E., Germano, Zubiani; i dottori Fici, Malan, Bertolini, Petacci, Bocchetti, Rinaldi, Della Seta E., Sertori, ecc.

Congressi medici riuniti di Milano.

Il Comitato d'onore è presieduto dal sen. prof. Mangiagalli Luigi, Sindaco di Milano e Rettore della R. Università. La Commissione Centrale è così costituita: Devoto prof. Luigi, Presidente; Preti prof. Luigi, Segretario generale; Mannucci dott. Antonio, Cassiere generale.

XI° Congresso della Società Italiana di Pediatria: 22-25 ottobre. (Segreteria: via Commenda, n. 9). Quota d'iscrizione L. 40.

XV° Congresso della Società Italiana di Ortopedia: 24-25 ottobre. (Segreteria: via G. Pini, n. 31).

XXXI° Congresso della Società Italiana di Chirurgia: 26-28 ottobre. (Segreteria: via Commenda, n. 16).

III° Congresso della Società Italiana di Urologia: 29 ottobre. (Segreteria: via Commenda, n. 15).

XXX° Congresso della Società Italiana di Medicina Interna: 28-31 ottobre. (Segreteria: via San Barnaba, n. 8). Quota d'iscrizione L. 40.

Congresso sanitario regionale.

Nei giorni 19, 20 e 21 settembre avrà luogo in Campobasso il VI Congresso Sanitario Regionale degli Abruzzi e del Molise.

La quota di adesione, di lire 30, va spedita al tesoriere dott. Tommaso Correra, e le comunicazioni scientifiche vanno dirette al presidente del Comitato dott. Teodorico Ferrara, non oltre il 31 agosto.

La questione universitaria di Pavia e Milano.

Si è adunata una Commissione mista, nominata per lo studio della questione universitaria Pavia-Milano: la città e provincia di Pavia sono così rappresentate: prof. Vaccari, ing. Zorzoli, l'on. Solmi e prof. Alfieri; rappresentano la città e provincia di Milano il comm. Marchetti. l'avv. Fabbri, il comm. Biraghi, il prof. Gallavresi e l'on. Belloni.

Le discussioni, presiedute dal comm. Tovajera, hanno raggiunto un accordo di massima che dovrà assicurare un fecondo campo d'azione ai due Atenei. La Commissione ha tuttavia deciso di mantenere ancora il massimo riserbo, deliberando di rendere note le linee dell'accordo quando anche i particolari tecnici saranno stati definitivamente definiti.

Per la statistica del cancro.

La Direzione Generale della Statistica unitamente alla Direzione Generale della Sanità hanno inviato ai Comuni questionari da trasmettersi ai medici perchè in ogni caso di morte per cancro rispondano ai varii quesiti e li inviino al Comune insieme alla dichiarazione di causa di morte.

Corsi di perfezionamento.

Sotto la direzione del prof. Jeanselme saranno tenuti un corso di dermatologia a partire dal 3 ottobre e uno di venereologia a partire dal 5 novembre presso la Facoltà Medica di Parigi. Diritto d'iscrizione ad ogni corso fr. 150. Per informazioni rivolgersi al prof. Burnier, Chef de Clinique, Hôpital Saint-Louis (pavillon Bazin); le iscrizioni si ricevono al « Secrétariat de la Faculté de Médecine », rue de l'Ecole de Médecine (guichet 3).

Il Consiglio Superiore della Cassa Nazionale Infortuni.

Il Consiglio Superiore della Cassa Nazionale Infortuni si è adunato in sessione ordinaria sotto la presidenza di S. E. l'on. Dino Grandi.

Lo stato attivo e passivo della gestione infortuni nelle industrie al 31 dicembre 1923 si chiude all'attivo in L. 192.444.081,71, al passivo in lire 189.906.001,48, con una differenza attiva di lire 2.538.080,23, la quale va ad accrescere le poderose riserve prudentemente accumulate per fronteggiare qualsiasi rischio dell'esercizio assicurativo. Per la gestione infortuni in agricoltura, che la Cassa esercita in regime di esclusività in quasi tutto il territorio del Regno, le risultanze si concretano all'attivo in L. 51.361.297,99; al passivo in lire 41.947.267,32: la differenza attiva in L. 9.414.030,67 va passata al fondo di riserva obbligatorio prescritto dall'articolo 14 del Reg. per l'assicurazione infortuni in agricoltura.

Il Consiglio ha preso atto dell'approvazione avvenuta con recente R. D. del nuovo Regolamento Generale che conferisce all'Amministrazione maggiore prontezza di azione; ha approvato le condizioni generali di polizza per l'assicurazione della responsabilità civile verso dipendenti nella Venezia Tridentina e le nuove condizioni generali di polizza per l'assicurazione collettiva facoltativa.

Commemorazioni.

Con l'intervento del Prefetto di Novara e di molte personalità della scienza medica il 27 luglio nel teatro Sociale di Arona fu commemorato il prof. Camillo Poli, l'apostolo della crociata contro la tubercolosi. Parlò il prof. Francesco Abba ricordando l'alto valore scientifico dell'estinto e rievocandone l'infaticabile attività di promulgatore della profilassi antitubercolare. Sulla facciata della casa dove nacque il Poli venne poi scoperta una lapide, opera del comm. Biscurra di Torino. Pronunciarono discorsi l'ing. Giacomo Ponti ed il prefetto di Novara. Un corteo si recò poi al cimitero a deporre una corona di bronzo sulla tomba di famiglia del commemorato.

***

A Trieste, sulla fronte della casa ove nacque Giacomo Ciamician, insigne scienziato che tenne alto il nome degli studi chimici in Italia durante l'ultimo cinquantennio fondando a Bologna una vera scuola, fu inaugurata una artistica lapide con targa in bronzo; alla cerimonia intervennero notabilità, discepoli, ammiratori.

Una fondazione per il benessere degli operai.

La Commissione Amministratrice del Fondo di Assistenza istituito presso il Consorzio di Importazione M. S. di Genova (signori E. Foraboschi, I. Mazzola e on. E. Parodi) ha versato all'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale, avente Sede in Roma presso la Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, la somma di L. 100 mila quale contributo per la creazione di una Fondazione per il benessere degli operai, e ciò in armonia alla proposta rivolta dal defunto Comm. Gustavo Ragnoli a S. E. il Presidente del Consiglio.

Le finalità della nuova benefica Fondazione, ideata dal prof. Ettore Levi e realizzata dal defunto comm. Ragnoli, primo Benefattore dell'Istituto, sono: 1) Eseguire studi e ricerche sull'entità, la qualità e la distribuzione delle malattie dei lavoratori, nonchè sugli infortuni del lavoro e sul miglior modo di prevenirli. 2) Esercitare una vasta e continuativa opera di propaganda nei centri industriali, rurali, nelle scuole professionali, nei centri di emigrazione, ecc., per la prevenzione delle malattie evitabili e degli infortuni. 3) Promuovere la pratica applicazione in Italia delle moderne conquiste nel campo della Psicotecnica e dall'Orientamento professionale per gli operai. 4) Creare una speciale sezione di consulenza tecnica, alla quale potranno ricorrere gli industriali per la soluzione di quesiti pratici relativi all'assistenza sanitaria, all'igiene ed alla fisiologia del lavoro.

Le assicurazioni sociali in Francia.

La Camera francese ha approvato la legge sulle assicurazioni sociali. In merito alla rimunerazione dei medici la legge stabilisce il contratto collettivo e prevede il pagamento degli onorari da parte delle Casse; ma la relazione dice che potrà essere considerata la retribuzione diretta dei medici da parte dei malati.

Il corpo medico francese combatte il contratto collettivo, propugna l'intesa diretta tra medico e malato; questo sistema è vivamente caldeggiato dalla stampa professionale.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali (S). L. Pozzi, [illegible]

ANNO XXXI — Roma, 1° Settembre 1924 — Fasc. 35

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Memento. **Ai pochi abbonati che non hanno ancora inviato la 2ª rata semestrale dell'abbonamento in corso, rivolgiamo preghiera di farne sollecita rimessa.** L'AMMINISTRAZIONE.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI FARMACOLOGIA E TERAPIA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
direttore prof. PIO MARFORI.

Stabilità della R. W. positiva nel sangue di capra in seguito ad iniezioni di antigeni

per il dott. OLINTO SCIARRA.

In precedenti pubblicazioni, dal 1920, ho enunciata e sostenuta una interpretazione originale delle sieroreazioni (Wass., S.-G., M.):

a) reazioni negative: non escludono la sifilide;

b) reazioni positive con sintomi clinici: sifilide attiva;

c) reazioni positive senza sintomi clinici: immunità attiva antilipoidea ed antiluetica, acquisita o congenita con sifilide latente o estinta.

Accenno solo alle pricipali ragioni già pubblicate di tale nuova veduta:

1) le reazioni sono positive costantemente in neonati immuni per molti anni, nati da madri sifilitiche, e in madri immunizzate da feti sifilitici per via paterna (leggi di Profeta e di Colles);

2) le sieroreazioni e la intradermoreazione alla luetina di Noguchi praticate sul medesimo soggetto danno esiti discordanti ed apparentemente contradditori, perchè spiegabili con l'ammettere la permanenza della immunità antilipoidea, fattore della W. positiva, e l'assenza o la latenza dell'infezione, donde la Noguchi negativa;

3) alcuni animali, i conigli specialmente, allo stato normale mostrano R. W., S.-G. e M. positive nel sangue, qualitativamente identiche alle reazioni dei sieri sifilitici (Wassermann);

4) il bismuto influenza immediatamente la sintomatologia clinica e poco o nulla le reazioni, così come avviene nei conigli a R. W. positive (Sciarra);

5) vi sono individui in completo e costante benessere, padri di figli sani, e con reazioni positive irreducibili;

6) non esiste corrispondenza tra intensità di reazione ed intensità di infezione: nelle sifilidi gravi le reazioni sono negative; nel periodo secondario positive il 65-75%; nelle lesioni anche lievi tardive, nervose e vasali il 100%; di più nelle sifilidi gravi maligne da negative diventano positive mano mano che il benessere si ristabilisce;

7) sifilitici con R. W. positive curati inizialmente col solo bismuto possono reinfettarsi, nonostante la permanenza delle reazioni positive per parecchio tempo, senza essere stati sottoposti ad altri trattamenti. Essendo la reinfezione il vero ed unico mezzo utile per constatare la guarigione, è logico riconoscere che le reazioni positive, scomparsi i sintomi clinici, sono in tali casi indubbiamente sintomi di immunità attiva antilipoidea;

8) in capre o scimmie a R. W. negativa si riscontrano reazioni positive in seguito a iniezioni endovenose o sottocutanee di estratti di organi (Wassermann-Neisser.

Il che dimostra la possibilità da parte delle cellule animali, che non la posseggono naturalmente, come il coniglio, e talvolta il bue, di acquistare prontamente la funzione antilipoidea.

* * *

Wassermann nei suoi esperimenti su capre e scimmie a R. W. negative, non si curò di valutare la durata di permanenza della R. W. positiva prodotta artificialmente con antigeni luetici, volendo solo dimostrare la possibilità di determinare la produzione di S. W. cioè dell'ambocettore per lipoidi.

Tali esperienze di Wassermann, posteriori alle mie prime pubblicazioni, alle quali non mancò il suo autorevole e favorevole parere, avrebbero avuto un solo valore teorico, se non avessero portato un nuovo contributo alla mia teoria, basata sul carattere immunitario della R. W. prima riconoscibile solo indirettamente ed intuitivamente.

Gli attuali esperimenti largamente contribuiscono a stabilire una norma sicura da seguire in sifilografia, imperniata quasi esclusivamente sulle sieroreazioni.

Riuscitami vana la ricerca di scimmie adatte in luglio del 1923 iniziai i miei studi su una capra giovane e sanissima a R. W. sicuramente negativa.

Iniettati parecchi cc. di estratti lipoidei, antigeni, e provocata la Wass. positiva intensa, ho riesaminato il siero di sangue periodicamente per valutare le attenuazioni delle reazioni.

A distanza di alcuni mesi la reazione senza alcun'altra iniezione di antigeno si è mantenuta positiva fino al febbraio 1924, epoca nella quale fui indotto a sospendere le esperienze volgendole ad altri scopi, parendomi già sufficientemente dimostrativi agli scopi pratici l'avere provocata una immunità attiva antilipoidea della durata di 7 mesi.

Come di solito ho usato più antigeni per la inequivalenza delle R. W. con antigeni diversi, corrispondendo nel siero sifilitico anticorpi diversi ad antigeni varii.

ESPERIENZA I. — Siero di sangue di capra esaminato l'8 giugno 1923. Prima delle iniezioni di antigeni luetici (Berna, Milanese ed Istituto Farmacologico).

Antigeni	Esiti		Meinike
	R. W.	S. G.	
Cavia Berna . . .	— — — —	. .	. .
» Ist. Milanese .	— — — —	. .	. .
Sifil. Berna	— — — —	. .	. .
» Milanese . . .	— — — —	. .	. .
» Ist. Farmacol. .	— — — —	. .	. .
Istituto Milanese . .	. .	— — —	. .
Hagen (Germania) . .	. .	. .	— — —

ESPERIENZA II. — Dopo le iniezioni di cc. 40 circa di antigeni (luglio 1923).

Antigeni	Esiti	
	R. W.	S. G.
Cavia Berna	+ + + +	. .
» Istituto Milanese	+ + + +	. .
Sifilicomio Berna	+ + + +	. .
» Milanese	+ + + +	. .
» Istituto Farmacologia	+ + + +	. .
Istituto Milanese	. .	+ + +

Per la Meinike mi mancò l'antigeno.

ESPERIENZA III. — Gennaio 1924: senza altre iniezioni di antigeni dal luglio 1923.

Antigeni	Esiti	
	R. W.	S. G.
Cavia Berna	+ + +	. .
» Istituto Milanese	+ + +	. .
Sifilicomio Berna	+ + +	. .
» Milanese	+ + +	. .
» Istituto Farmacologia	+ + +	. .
Istituto Milanese	. .	+ +

ESPERIENZA IV. — Febbraio 1924.

Antigeni	Esiti	
	R. W.	S. G.
Cavia Berna	+ +	. .
» Istituto Milanese	+ + +	. .
Sifilicomio Berna	+ + +	. .
» Milanese	+ + +	. .
» Istituto Farmacologia	+ + +	. .
Istituto Milanese	. .	+ +

Le esperienze furono ripetute a pochi giorni di distanza e con uguali risultati.

Risulta evidente che la R. W. positiva, con diminuzione non accentuata di intensità, ha resistito molto. Avrei dovuto e voluto continuare le ricerche in tale senso; clinicamente però, come è detto innanzi, l'accertamento di una maggiore durata della R. W non ha notevole valore, poichè essendo impossibile riconoscere clinicamente l'inizio dell'immunità attiva antilipoidea a sifilide latente o estiva, dal momento che le sieroreazioni note non servono più a tale scopo, il sifilografo deve regolare la prognosi e la diagnosi solo sulla sintomatologia clinica.

Per la equivalenza, dimostrata da Wassermann sperimentalmente, delle reazioni positive nel siero di capra e nel siero sifilitico, fondate tutte sulla S. W., i risultati delle mie ricerche possono essere applicati alla patologia umana, considerando però la profonda influenza sull'organismo umano, dell'infezione certamente superiore a quella dei pochi cc. di antigeni iniettati nella capra. Quanto dura nell'uomo l'immunità attiva antilipoidea? Dall'esame dei casi di lue curati col bismuto e guariti, per constatata reinfezione, nonostante la permanenza della R. W. positiva per alcuni mesi, dalla possibilità di irreducibilità permanente della R. W. positiva in alcuni individui sani e nei casi di Colles e di Profeta, si potrebbe pensare ad una durata oscillante da pochi mesi a molti anni, in rapporto alla durata dell'infezione attiva acquisita dal paziente o dai genitori.

Le conseguenze pratiche, ripeto, sono indipendenti da una maggiore o minore durata. Affermatosi il concetto che la R. W. positiva non significhi sempre anche in assenza di sintomi clinici d'infezione attiva, si deducono precetti importanti pel sifilografo:

1) *è illogico ed ingiustificato ostinarsi a ridurre alla negatività immediata una R. W. positiva, intossicando l'organismo;*

2) *i rimedi devono essere amministrati secondo la tolleranza individuale e la sintomatologia clinica e la loro efficacia va stabilita prescindendo dalle modificazioni delle sieroreazioni;*

3) *l'accertamento scientifico della guarigione della lue è possibile soltanto con la reinfezione dati i periodi lunghissimi di latenza del treponema a R. W. negativa; secondo alcuni da 15 a 20 anni;*

4) *la R. W. positiva, d'altra parte, asintomatica non ci dispensa affatto, come qualcuno teme, da ulteriori osservazioni cliniche e cure, opportune però per tempo ed intensità, poichè con il polimorfismo delle forme morbose luetiche, sarebbe imprudente, per il clinico più esperto, escludere sintomi clinici minimi in modo assoluto.*

5) *fatta una volta la diagnosi di lue certa clinicamente o anche con la R. W. positiva ed ex juvantibus, il sifilitico non ha più bisogno di sieroreazioni, ma deve rivolgersi soltanto al clinico al più tenue sintoma morboso, per eventuali cure complementari.*

Ecco il significato pratico della nuova teoria: non l'immunità quindi consecutiva a malattie acute, che tranquillizza e dispensa da cure, secondo le preoccupazioni di qualcuno; ma immunità relativa e non assoluta da malattia cronica, come la tubercolosi e della quale non si sa quando si è completamente guariti, nonostante notevole benessere fisico ed esistenza di anticorpi specifici nel sangue.

Mi duole di disilludere i luetici convinti ormai della facile guaribilità della loro malattia e del sicuro riconoscimento della guarigione, ma ritengo fermamente che gioverà molto un parlare schietto e franco, poichè se per la tubercolosi la profilassi è questione di mezzi finanziari, per la sifilide si tratta principalmente di circospezione e di prudenza, molto attenuate nei giovani dopo la semplicistica e colpevole propaganda su cure radicali e rapide, che per legge di Stato non dovrebbe essere consentita più a nessuno.

È l'autorità della clinica che si ristabilisce in sifilografia, al disopra di tutti i metodi di indagini sierologiche. W., S. G., M. e Vernes.

Io sono contrario alla sifilimetria di Vernes, perchè tutte le sieroreazioni sono inadatte più o meno a rivelare l'intensità dell'infezione in atto, ma non posso non ritenere partigiano il contegno di quelli, che negano alla Vernes ciò che pretendono di attribuire alle R. W., S. G., M.

O si accetta il mio punto di vista o non si ha alcun diritto scientifico di protestare; tutte e quattro le reazioni hanno come fattore essenziale la S. W. e vanno perciò considerate ugualmente.

Se la W. positiva asintomatica significasse infezione in atto, come si spiegherebbe la sua permanenza isolata nel liquido pleurico e dell'idrarto in sifilitici, che la presentavano anni innanzi positiva anche nel sangue? (Ferrante, Dufour, Louste).

Non si deve in gran parte anche alla difficoltà di scambio tra il circolo sanguigno ed il liquor, la permanenza irriducibile in questo di R.W. positiva isolata?

Il sifilografo ha un compito certamente difficile nella diagnosi e cura della sifilide; è alla medicina interna che deve rivolgere la sua attenzione per il polimorfismo sempre crescente delle lesioni luetiche, e per la terapia che deve essere prudente per le non poche controindicazioni con i rimedi noti ad azione generale. Le sieroreazioni sono utilissime solo nei casi sospetti e devono allora essere praticate con più antigeni e da analisti esperti e coscienziosi, perchè, dichiarato sifilitico erroneamente un individuo, lo si rovina moralmete e fisicamente per tutta la vita: quando nell'anamnesi si inserisce una diagnosi di lue, seguita da cure specifiche, in successive morbosità, croniche specialmente, si è autorizzati a sospettare la natura luetica ed a rinnovare cure inutili e dannose.

CONCLUSIONI.

a) Nel sangue di capre, a R. W., S.-G. ecc. negative, possono permanere molto tempo le medesime reazioni positive, esponenti d'immunità attiva antilipoidea provocata artificialmente con iniezioni di antigeni luetici.

Analogamente avviene nei casi di sifilide asintomatica a sieroreazioni positive, e più intensamente, per l'azione estesa, continua e profonda dell'infezione nell'uomo;

b) Anche le attuali ricerche confermano che i rimedi antiluetici debbono essere usati secondo la tolleranza individuale e la sintomatologia clinica e giudicati nella loro efficacia principalmente per l'influenza immediata sulla sintomatologia indipendentemente dalle modificazioni delle sierorazioni Wass., S. G., M. e Vernes positive, basate sul medesimo fattore essenziale (la S. W., anticorpo antilipoideo) e inadatte tutte ugualmente a rivelare gli stadi dell'infezione in atto.

BIBLIOGRAFIA.

A. WASSERMANN. *Nuove indagini sperimentali su la sifilide*. Berl. Klin. Woch., n. 9, 1921.
O. SCIARRA. *La R. W. positiva indice d'immunità per la sifilide*. Folia medica, n. 18, 1920.
ID. *Il saggio positivo delle sieroreazioni Wass., Sachs-Georgi, ecc. come sintoma di immunità antiluetica*, Rif. Med., n. 39, 1922.
ID. *Nuova legge di interpretazione delle sieroreazioni W., S. G., ecc.* Folia Med., n. 18, 1922.
ID. *L'azione antiluetica del bismuto è indipendente dalla sua influenza su le sieroreazioni positive (Wass. S. G., ecc.)*. Policlinico, Sez. Pratica, n. 43, 1923.
ID. *Action antiluétique du bismuth, etc.* Journal des Praticiens, n. 14, 1924.
ID. *Azione emolitica del bijoduro di mercurio e sua influenza sulla R. W. positiva*. Policlinico, Sez. Pratica, n. 28, 1924.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI PATOLOGIA MEDICA
E CLINICA MEDICA PROPEDEUTICA
DELL'UNIVERSITÀ DI CAMERINO.

Cisti d'echinococco suppurata della regione perirenale destra - ascesso subfrenico - pleurite destra.

Prof. A. CAPOGROSSI.

S. P., di anni 32, senza tare ereditarie e senza malattie importanti in precedenza. Durante la guerra fu in zone malariche, ma non pare che contraesse malaria. Da parecchio tempo avvertiva un lieve dolore nella regione renale destra e nel fianco destro, al di sotto delle costole, che non gli impediva il suo ordinario lavoro di contadino. Da un mese è stato costretto a letto: dapprima con disturbi intestinali e febbre. Questa pare che in seguito assumesse un tipo marcatamente remittente, con sudori e talora, nelle riprese, con brividi e con aumento del dolore nella regione lombare destra. Fu ammesso in Clinica il 23 marzo 1924.

Soggetto robusto. Colorito lievemente itterico delle congiuntive, lingua fortemente impatinata. Alvo liquido, fecce colorate. All'ingresso in Clinica T. 38°.2, P. 102 piuttosto piccolo. R. 38. Tipo respiratorio prevalentemente costale. L'addome non è tumido ed ha un aspetto normale: si nota che l'incavatura costo-iliaca destra è un po' ricolma: la palpazione in questo punto desta un dolore profondo, che si diffonde indietro. Il rimanente dell'addome è trattabile e non dolente: soltanto la pressione profonda al di sotto dell'arco-costale destro, riesce leggermente dolorosa. Il fegato deborda circa due dita trasverse dall'arco costale e il suo margine è liscio e regolare. Non è dimostrabile un aumento di volume del lobo sinistro. La milza deborda appena dall'arco costale. In avanti il limite superiore dell'ottusità epatica è leggermente rialzato e l'ottusità segue il decorso solito di quella degli essudati pleuritici.

giungendo indietro fin sopra l'8ª costola. Si omettono gli altri dati dell'esame obbiettivo, dimostrativi per la presenza di un modico essudato pleuritico a destra.

La punta del cuore è spostata di circa 2 cm. verso sinistra. Toni netti. Non evidente ingrandimento del cuore. Posteriormente l'ottusità pleurica si cambia in basso, verso la sede normale dell'ottusità epatica, in una risonanza leggermente timpanica (segno di Triwouse) per circa 3 dita trasverse, e più in sotto diventa nuovamente ottusa fino alla regione renale, che è leggermente sporgente e dolente alla palpazione profonda. Nulla di importante a carico degli altri organi, tranne un lieve catarro bronchiale diffuso. Urine scarse cariche di urati, con tracce di albumina e con abbondanti pigmenti biliari. Nel sedimento nulla di importante, tranne gli urati. La sera stessa dell'ingresso in Clinica fu fatto un preparato colorato del sangue. Non furono trovati parassiti malarici. Vi era invece un'evidente polinucleosi, ma non eosinofilia. Gli eosinofili erano anzi scarsissimi. Le condizioni del malato divennero rapidamente più gravi. Aumentò il dolore: la respirazione ed il polso divennero più frequenti. Si diagnosticò un ascesso perirenale destro, che si era fatto strada anche verso l'alto, nello spazio subfrenico, e pleurite destra.

Non si potè mettere in rapporto questo processo con altri processi suppurativi in atto, o pregressi. Due punture esplorative confermarono la diagnosi. All'11° spazio intercostale, sul prolungamento dell'ascellare posteriore fu estratto un liquido purulento, tenue, di odore fecaloide e con bolle di gas: più in alto, all'8° spazio intercostale, sulla scapolare, si ottenne un liquido limpido giallo-citrino. Non furono potute fare altre indagini perchè l'A. dovette assentarsi, ma le condizioni dell'infermo erano tali da non ammettere dilazioni per un intervento. Fu trasferito subito in Clinica Chirurgica, dove fu operato. Con una incisione obliqua latero-posteriore lungo l'11° spazio intercostale si estrasse liquido sieropurulento fetido, misto a gas e a frammenti di vescicole d'echinococco. Le condizion del paziente migliorarono dapprima, poi tornarono di nuovo a peggiorare. Si notò anche aumento dell'essudato pleurico. Il chirurgo intanto aveva l'impressione che il pus non scendesse bene dall'alto. Il 26 aprile fu fatta una toracentesi all'8° spazio intercostale destro e furono estratti 1700 cmc. di essudato sieroso leggermente corpuscolato. Successivamente si resecò la 10ª e l'11ª costola. Il pus fuoriusciva sempre abbondantemente dallo spazio subfrenico. La febbre era quasi del tutto cessata, ma le condizioni generali erano gravi. Exitus l'8 maggio.

Sebbene non vi sia stato il tempo di fare indagini più profonde, specialmente batteriologiche, si può ammettere che l'echinococco del tessuto perirenale preesistesse e che fosse venuto a suppurazione per una colite infettiva sopraggiunta. È molto probabile che il germe infettante fosse il coli. È noto poi che ascessi perinefritici, specialmente quando si svolgono in corrispondenza del polo superiore, si possono propagare in alto: a sinistra, attraverso il diaframma, anche al polmone; a destra, per la barriera interposta dal fegato, dapprima nello spazio subfrenico.

Casi di questo genere possono presentare sin dall'inizio le più grandi difficoltà diagnostiche, e anche in seguito, se specialmente non si possa raccogliere un'anamnesi esatta.

L'accoppiarsi di vari sintomi obbiettivi importanti (ittero, pleurite, ecc.) complica il quadro. L'ittero può presentarsi in parecchie affezioni suppurative dell'addome, anche se non abbiano origine dal fegato, probabilmente per influenze tossiche, o pel difficoltato deflusso della bile da aumentata viscosità, o da diminuiti o aboliti movimenti del diaframma. Così è facile avere ittero, oltre che nell'ascesso subfrenico destro o sinistro, anche nell'appendicite, o nella pelviperitonite. Ma esso può presentarsi — sebbene più di rado — anche in malattie della pleura. Come d'altra parte una affezione suppurativa del fegato, o della regione sottodiaframmatica, può accompagnarsi a pleurite sierosa, o purulenta. Se si stabiliscono rapidamente aderenze pleuro-diaframmatiche dal lato primitivamente colpito, l'essudato liquido può presentarsi nell'altra pleura. Nel caso descritto l'attenzione era primitivamente richiamata sulla regione renale destra. La partecipazione della pleura fu spiegata con l'estendersi del processo suppurativo alla regione sotto-diaframmatica, come fu confermato all'atto operativo.

La puntura esplorativa a diverse altezze, con reperti diversi (segno di Schülern), assicurò la diagnosi. È noto anche che in questi casi l'ago introdotto poco profondamente nel seno pleurico, costo-diaframmatico, può dare esito a liquido sieroso: più profondamente, attraversato il diaframma, a pus. Ma, anche prima di eseguire la puntura esplorativa, il segno di Triwouse, sicuramente riscontrato, è importantissimo, quando l'ascesso subfrenico contenga gas. Nel caso descritto, per la coesistenza della pleurite, non ci si potè valere affatto del segno di Bojolepoff, che è importante nella diagnosi dell'ascesso subfrenico.

L'eosinofilia mancava, come accade non di rado nelle cisti d'echinococco suppurate. L'A. ha veduto mancare eosinofilia anche in un paziente affetto da cisti d'echinococco suppurata del fegato e contemporaneamente da anchilostoma duodenale e da malaria. L'aumento dei leucociti polinucleati nel sangue era nel caso descritto evidente, ma non è a dire del resto che esso sia un fatto costante nelle affezioni suppurative degli organi addominali. Può fare difetto, come è noto, anche nell'appendicite ulcerosa grave. Recentemente in una grave pelviperitonite suppurativa con ittero, l'A., in diversi conteggi, non trovò cifre superiori a 12.000 leucociti.

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI SIENA
Direttore incaricato: prof. GIUSEPPE BOLOGNESI.

Cisti di echinococco a sede rara

per il dott. GIULIO REGOLI, assistente e docente.

Per quanto ormai la casistica delle cisti da echinococco sia estesissima, tuttavia ricercando nella letteratura ho riscontrato che la echinococcosi dei muscoli striati è ancora considerata non molto frequente, ed inoltre rarissima la localizzazione nella muscolatura della regione glutea e dell'anca.

La prima osservazione di cisti da echinococco della muscolatura striata, risale ai primi del 1800 (Bidloo), poi abbiamo altre osservazioni fino ad arrivare nel 1880 alla statistica di Tawel (107 casi), ed otto anni dopo abbiamo quella di 130 casi di Marguet, che vengono aumentati di quattro nel 1894 dall'Heyn, e cinque anni dopo il Gros in una accuratissima raccolta, riesce a portare il numero delle cisti idatidee dei muscoli striati a 150.

Di poi viene la statistica di Granwell e Vegas, che però hanno considerate anche le cisti del cellulare sottocutaneo oltre che quelle dei muscoli, e che quindi non ha un gran valore per il caso che sono per esporre.

Nel 1902 abbiamo un caso di Frigoli, uno di Binaghi nel 1903, due casi di Dupuytren e Basile nel 1905, un caso di Remedi nel 1906, uno di Carta nel 1907, poi viene la statistica di Baradulin di 243 casi nel 1908, 26 casi nel 1910 di Brjozowsky, 2 casi di Solieri nel 1912.

Vengono poi i casi di Legene, Curtillet, Peraire, Putzu, Bac e Tartauson, Junning, Barringer, Scheppler e Hartel, Longo, ecc.

Da ciò vediamo che i casi di echinococco muscolare non sono molto comuni, specialmente a confronto della copiosissima statistica di cisti idatidee, sviluppatesi nelle altre parti del corpo umano.

Tawel e Neisser sostengono che le cisti idatidee dei muscoli rappresentano il 4.6 % dei casi, Marguet, Deveine e Thomas l'1.9 %, il Bergmann l'1.5 %. Tale esigua percentuale di localizzazione nei muscoli, viene spiegata con il fatto che l'embrione dell'echinococco, deve seguire una lunga via piena di ostacoli, prima di poter giungere ai muscoli striati.

Questi ostacoli sono rappresentati specialmente ed in primo luogo (dopo attraversata la mucosa gastrica ed intestinale, e le origini della vena porta e la porta stessa) dai capillari sanguigni, ove in genere l'embrione viene arrestato.

Ma se riesce a passare oltre la rete capillare epatica, per mezzo della vena cava inferiore è immesso nel cuore destro e poi nel polmone, anche qui i capillari costituiscono un grave ostacolo al passaggio degli embrioni, ma se anche questo è sorpassato, allora essi vengono immessi nella circolazione generale, e possono localizzarsi nelle sedi le più disparate, comprese le muscolari.

Che se poi si consideri la eventualità del passaggio nella circolazione generale per la via linfatica che è più breve, abbiamo l'immissione dell'embrione dalla mucosa, nel chilifero centrale di una villosità e poi nel dotto toracico, nella vena succlavia sinistra e nel cuore destro, infine nei capillari polmonari ove può essere arrestato.

Tutti questi ostacoli dunque spiegano la percentuale assai scarsa per riguardo alla sede muscolare delle cisti idatidee.

Fatte queste considerazioni generali, vengo a descrivere il caso occorso in questa Clinica Chirurgica ed operato dal chiarissimo prof. Bolognesi, caso che presenta un interesse speciale oltre che per la sede anatomica, anche perchè dalla storia, dall'esame obbiettivo, dal decorso clinico nettamente cronico, era stata fatta diagnosi in sul principio di ascesso freddo.

Messinella G., di Persilio e di Clotilde T., di anni 27, coniugata, da Grosseto, atta a casa. Entra in Clinica il 7 marzo 1923, con diagnosi di ascesso freddo della regione dell'anca di sinistra.

Nulla per riguardo all'ereditarietà. Nell'infanzia ha avuto la pertosse, ad otto anni ebbe il morbillo, a 14 anni ebbe una infezione tifoidea della quale guarì bene. Mestruò a 17 anni e le mestruazioni si sono mantenute sempre regolari per qualità e per quantità, ma non per il tempo, giacchè fino all'epoca del suo matrimonio le ebbe ogni 15 giorni. Si sposò nel gennaio 1922 con un uomo robusto e sano dal quale ha avuto una bambina tuttora vivente e sana.

La paziente asserisce di non aver mai avuto contatto con cani, ma di essere stata sempre ghiottissima delle verdure crude.

A. P. — Nel luglio 1922, senza causa apparente, accusò dolori violenti ad ambedue le regioni renali, irradiantisi anteriormente, inoltre notò rigidità della regione dell'anca di sinistra.

Fattasi subito visitare da un sanitario, le fu riscontrata una tumefazione in corrispondenza della grande ala dell'osso iliaco di sinistra, dolente alla palpazione.

Le furono consigliati gli impacchi caldi ed il riposo a letto, nella nottata ebbe un rilevante rialzo termico, ma alla mattina seguente la temperatura era diminuita unitamente ai dolori. Per circa quattro giorni presentò rialzi termici di poche frazioni di grado ed in seguito più nulla, contemporaneamente scom-

parvero anche i dolori; la tumefazione al contrario non scomparve, assumendo le dimensioni di un'arancia ed una consistenza dura.

In tali condizioni rimase fino al 20 marzo 1923, epoca in cui ebbe un'affezione grippale, guarita di questa, la tumefazione glutea di sinistra cominciò ad aumentare di volume, allo stesso tempo presentò un lieve rialzo termico serotino, che la paziente attribuì ad un postumo dell'infezione influenzale.

Fattasi nuovamente visitare da un sanitario, le fu praticata, in sede di tumefazione, una puntura esplorativa, con la quale fu estratta una piccola quantità di un liquido corpuscolato, che fece sospettare al sanitario una forma specifica tubercolare; questi allora consigliò la paziente a farsi ricoverare nella Clinica Chirurgica, dove fu ricevuta il 7 marzo 1923.

Esame obbiettivo. — All'ispezione si nota una tumefazione in corrispondenza della regione glutea di sinistra, della grossezza di una testa di feto a termine, che apparentemente si estende dalla cresta iliaca anterior-superiore fino a tre dita dal gran trocantere. La pelle ha aspetto lucente, più assottigliata, lievemente scura, con qualche vena iniettata e sparsa qua e là su la superficie della tumefazione.

Alla palpazione si nota che la pelle è sollevabile in pieghe sopra la tumefazione e che è lievemente edematosa, la superficie della tumefazione è liscia, indolente a qualsiasi pressione, di consistenza elastica. Anteriormente si avverte pseudo-fluttuazione, che in basso verso il gran trocantere si fa meno netta e quasi scompare. La tumefazione dal margine della cresta iliaca anterior-superiore e posterior-inferiore, si porta in basso fino a mettersi a contatto con una propaggine, al gran trocantere. Non è spostabile in nessun senso, tanto che si ha la sensazione che sia fortemente aderente ai tessuti profondi.

Essendo stata inviata in Clinica con diagnosi di ascesso freddo, e da un esame sommario essendo stata confermata tale diagnosi, il giorno successivo al suo ingresso fu praticata una puntura della tumefazione per iniziare il trattamento curativo con gli svuotamenti, con l'apparecchio del Potain.

Introducendo l'ago si ebbe la sensazione di penetrare successivamente in due cavità distinte, una superiore ed una inferiore sottostante. Praticata l'aspirazione fu estratta a stento una piccola quantità di liquido citrino. Essendosi dovuto estrarre l'ago per il fatto che l'aspirazione non si verificava più, dentro il medesimo si rinvenne una membrana che aveva tutto l'aspetto di quella di una cisti figlia di echinococco. Esaminato allora al microscopio il liquido estratto, vi furono riscontrati gli uncini caratteristici delle cisti da echinococco.

Si fa diagnosi di cisti da echinococco, e si decide l'intervento.

Operazione: 11 marzo 1923. — In narcosi generale morfio-eterea, si pratica una incisione che dalla spina iliaca posterior-inferiore di sinistra si porta in prossimità del gran trocantere dello stesso lato.

Scollando la pelle ed il tessuto sottocutaneo, si rinvengono tre piccole raccolte ascessuali, ed infine un quarto ascesso più voluminoso circondato da una capsula fibrosa che viene estirpata al completo. Tale ascesso è situato subito al di sotto dell'aponevrosi superficiale della regione.

Seguitando ad ispezionare il campo operativo, si nota che in basso, fra i muscoli della regione glutea e più precisamente fra il grande ed il piccolo gluteo, esiste una grossa tumefazione di consistenza elastica, che si porta in basso fino al gran trocantere; si cerca di isolare questa tumefazione, e si riesce in parte nel compito, ma ad un certo punto la tumefazione si rompe dando esito a numerose cisti figlie di echinococco.

Si amplia allora la ferita chirurgica primitiva e si riesce ad estirpare al completo la cisti proligera che presentava numerose aderenze con il tessuto muscolare circostante.

Si pratica la sutura degli strati profondi e della pelle, lasciando solamente per 24 ore un piccolo drenaggio nel punto più declive della ferita chirurgica, onde evitare ematomi nella cavità residuata.

Tolto il drenaggio, si sutura anche questa porzione della ferita operatoria, e dopo otto giorni si tolgono tutti i punti. Guarigione per primam.

Esame istologico delle due sacche cistiche riscontrate nella paziente.

1ª Sacca superficiale. — Si riscontra in preparati colorati all'ematossilina ed eosina, e col von Gieson, un tessuto areolare adiposo infiltrato di elementi linfoidei con vasi sanguigni ripieni di sangue. Inoltre si nota un fitto tessuto di granulazione formato da elementi linfoidei e da cellule epitelioidi; non si vedono cellule giganti.

2ª Sacca profonda. — Sezioni eseguite trasversalmente in vari tratti della parete della ciste e colorate con l'ematossilina ed eosina e con il von Gieson, dànno a rilevare le seguenti particolarità istologiche:

dall'esterno verso l'interno si nota un primo strato di tessuto connettivo, il quale ora ha l'aspetto del tessuto areolare lasso e presenta radi e scarsi infiltrati linfo-cellulari, ora ha l'aspetto di tessuto connettivo più compatto, fibroplastico o fibrillare.

Tale tessuto connettivo ha spessore irregolare ed è di sovente infiltrato da ammassi parvicellulari abbondanti, e si presenta qua e là discretamente iperemico.

Procedendo verso le parti più interne, si nota un secondo strato lamellare costituito più particolarmente da numerose sottili lamelle sovrapposte a stratificazione concentrica (cuticola). Le lamelle sono tinte uniformemente dall'eosina e fra esse non si osservano elementi nucleari.

Ancora e verso l'interno segue un sottilissimo strato granuloso molto delicato costituito da granulazioni finissime ed ineguali (strato parenchimatoso).

Finalmente si riscontra verso la superficie interna libera, presenza di alcune cisti figlie aventi le note caratteristiche istologiche.

Complessivamente quindi si tratta di una cisti da echinococco proligera ad inizio sopratrocanterico, a sviluppo endomuscolare profondo, nello spessore dei muscoli glutei. La tumefazione che si avvertiva esternamente al di sopra di tale cisti da echinococco, e che

era da questa ben distinta, era costituita invece da un tessuto di granulazione non avente alcuna particolarità istologica.

Tale granuloma che non ha, come risulta dalla descrizione istologica, alcun carattere di specificità, rappresenta un nodulo infiammatorio aggiunto alla infezione parassitaria, di cui non è facile stabilire la origine, nodulo il quale era di ostacolo ad una diagnosi clinica di sicurezza della cisti echinococcica sottostante.

Concludendo, si trattava di una cisti da echinococco sviluppatasi fra il piccolo e grande gluteo, che aveva base di impianto dalla parte alta del gran trocantere, nella regione dell'anca di sinistra. Oltre a questa affezione parassitaria, la paziente presentava più superficialmente un grosso ascesso, circondato da altri più piccoli, ascesso che non aveva alcun rapporto apparente con la cisti sottostante profonda, e che invece ostacolava la percezione all'esame obbiettivo, della cisti stessa, per il fatto che si estendeva in superficie tanto da ricoprire completamente la regione occupata dal parassita.

Come tale forma ascessuale, che dall'esame istologico è risultato trattarsi di un vero e proprio granuloma, si sia formata, non è facile spiegare; si potrebbe fare l'ipotesi di una propagazione per la via linfatico-sanguigna della regione, dei prodotti di disfacimento delle cisti figlie, che alla rottura della cisti da echinococco madre, si constatò essere in gran parte morte.

Concludendo il caso clinico esposto è:

1) raro, per la localizzazione che presentava nella regione posteriore dell'anca, non avendone potuto riscontrare alcun altro caso, nella letteratura.

2) interessante per la sede muscolare (muscoli striati, grande e piccolo gluteo), nella quale si è sviluppata l'affezione.

3) interessante ancora per il concomitante granuloma superficiale che sovrastava la sacca più profonda, e che simulava a tutta prima una affezione tubercolare.

BIBLIOGRAFIA.

AUDIOT. *Des kystes hydatiques des muscles.* Thèse de Paris, 1886.

BARADULIN. *Sulle cisti idatidee muscolari.* Wiener Klinische Wochenschrift, 1908, 27 agosto, n. 35.

COSTA GIAMB. *Cisti da echinococco della radice della coscia.* Gazzetta Internazionale di medicina, n. 37-38, 1907.

FRIGOLI. *Cisti da echinococco del mesentere.* Giornale medico del R. Esercito, Roma, n. 3, 1912.

JUNNING BARRINGER. *Cisti idatidea della coscia.* Accademia di Medicina di New York, 3 maggio 1923.

LANNELONGUE. *Kyste hydatique des muscles de la cuisse.* Bull. de la Soc. de Chir., 1888, t. XIV, p. 117.

LONGO LUIGI. *Su tre interessanti casi di cisti da echinococco.* «Il Policlinico», Sez. Chir., 1914.

MARGUET. *Kystes hydatiques des muscles volontaires.* Thèse de Paris, 1888.

PERAIRE. *Kiste hydatique du biceps.* Société anatomique de Paris, 8 maggio 1912.

SOLIERI DANTE. *Contributo alla diagnosi dell'echinococco muscolare.* Arch. Intern. di Medic. e Chir. Anno XIX, fasc. I, 1912.

VERGANO ROBERTO. *Un caso di cisti da echinococco delle pareti addominali.* «Il Policlinico», Sez. Prat., anno 1919, pag. 750.

OSPEDALE DI S. GIACOMO - ROMA.

Cisti di echinococco del fegato recidiva, erniata in laparocele con sintomi di strozzamento.

Dott. CARLO COLUCCI, assistente.

Il caso che riferisco brevissimamente ha qualche interesse per la rarità di alcuni dei fenomeni che presentava:

C. Giulia, anni 52. Entra il 25 aprile 1923.

Maritata, ha avuto quindici gravidanze di cui cinque interrotte in epoca abortiva; mestruata a sette anni: mestruazioni piuttosto scarse, ritardate; attualmente amenorroica da cinque mesi (menopausa). La paziente non ha sofferto di malattie mediche degne di nota. 20 anni fa circa, durante una gravidanza, si accorse di una tumefazione all'ipocondrio di destra che persistette dopo il parto. Detta tumefazione continuò a crescere senza dare disturbo alla paziente; infine fu diagnosticata una cisti di echinococco di cui fu operata all'Ospedale del Policlinico in Roma 12 anni fa. Dopo di ciò la paziente è stata sempre bene fino a circa un mese e mezzo fa, quando, improvvisamente, fu colta da una forte crisi dolorosa all'*epigastrio verso destra e non in corrispondenza della cicatrice laparotomica che presenta.* Si provocò il vomito da se stessa; poi sopravvenne brivido di freddo e temperatura elevata che durò per tre o quattro giorni. Il dolore molto acuto durò solo ventiquattro ore: ma proseguì sotto forma attenuata per circa 15 giorni. Il giorno dopo l'inizio della colica la paziente si accorse di essere intensamente itterica, con urine pigmentate fortemente e feci pare acoliche. L'ittero scomparve gradatamente. Quindici giorni fa una sindrome uguale si è presentata, ma tutti i fenomeni sono stati più attenuati e l'ittero è durato meno.

Soltanto in questi ultimi giorni la paziente ha notato una tumefazione in corrispondenza della cicatrice laparotomica, dove avverte un certo grado di dolenzia.

E. O. — Sviluppo scheletrico regolare, condizioni di nutrizione deperite. Polso 72, regolare; lingua umida, impatinata; colorito pallido, non traccia di ittero.

Cicatrice irregolare che va dall'ombelico in alto, verso la parte sinistra dell'epigastrio; in corrispondenza di essa diastasi dei retti e verso la parte superiore presenza di una piccola tumefazione dura, dolente alla palpazione, che si riduce incompletamente.

Il resto dell'addome è trattabile, indolente. Fegato grande, debordante due dita dall'arcata; in corrispondenza della tumefazione descritta la palpazione diviene imprecisa e non

si possono stabilire i rapporti di essa tumefazione col fegato stesso.
Milza nei limiti.
Cuore nei limiti: leggiera impurità e rinforzo del primo tono alla punta.
Polmoni nulla.
Urina non si riscontra nulla di anormale.
Sangue.
Formula leucocitaria: Linfociti 27,5 %; mononucleati grandi 2 %; forme intermedie 2 %; polinucleati neutrofili 67,5 %; eusinofili 1 %; Mastzellen 0 %.
Reazione di Ghedini-Weinberg: negativa.
Nel breve periodo di tempo decorso dal ricovero della paziente all'atto operativo non fu possibile procurarsi del liquido di cisti idatidea per praticare l'intradermoreazione.
Diario:
Il giorno seguente al ricovero la paziente accusa forte dolore in *corrispondenza della cicatrice*, dove si palpa la tumefazione descritta che si è resa molto dolente e non si riduce più.
Questo dolore si è andato facendo sempre più vivo e molesto e nella notte precedente all'intervento è stato vivissimo e la paziente ha avuto anche frequenti conati di vomito; alvo però aperto a qualche scarica.
Operazione (1° maggio, prof. Dominici). — Morfiscloroeteronarcosi regolare (solo poche gocce di cloroformio).
Escissione della cicatrice laparotomica. Si trova una tumefazione della grandezza e della forma di una grossa pera, ricoperta da numerose aderenze flogistiche con l'omento che vengono escisse. La tumefazione si continua medialmente con il lobo sinistro del fegato. Si escide la parte sporgente che costituisce il contenuto del laparocele e si constata che si tratta di una cisti di echinococco che occupa il lobo sinistro del fegato e che in parte era penetrata nel laparocele assumendo una forma di orologio a polvere. Il liquido della cisti è torbido.
Cistifellea e vie biliari normali.
Marsupializzazione della porzione residuale delle cisti: Due tamponi nel cavo peritoneale, uno del cavo cistico.
16 maggio. Si toglie il tampone situato nel cavo cistico. Fuoriescono molte cisti figlie ed in ultimo discreta quantità di bile. Si colloca un drenaggio nel cavo e nei giorni successivi si ha esito abbondante di bile.
L'ammalata resta degente qualche tempo, migliorata notevolmente, ma con persistenza della fistola biliare; esce poi nel luglio completamente guarita.

Nel caso presente la cisti di echinococco recidiva del fegato aveva prodotto due ordini di fenomeni diversi di cui difficilmente se ne sarebbe attribuita la causa ad essa, tanto più che mancava la eusinofilia e la Ghedini-Weinberg era negativa, e cioè:

1) la insorgenza di un quadro, se pure incompleto, di strozzamento erniario o più propriamente forse di flogosi erniaria in corrispondenza della tumefazione che si palpava sulla vecchia cicatrice. L'infiammazione pericistica della parte erniata della cisti, dimostrata dalle numerose aderenze flogistiche con l'omento, spiegano bene questo quadro sintomatico.

2) le coliche a tipo biliare con brivido, febbre e *ittero con feci pare acoliche.*

Il dolore potrebbe essere stato l'appannaggio della flogosi pericistica, sebbene la sua localizzazione nelle coliche, come dice la paziente, non era in corrispondenza della cisti, ma più a destra. Ma esisteva ittero e per di più pare anche con feci acoliche, scomparso dopo qualche giorno: e quindi la sintomatologia completa delle coliche epatiche con ostruzione temporanea parziale o totale, delle grosse vie biliari. L'esplorazione di esse durante l'atto operativo le dimostrò normali, con assenza di calcoli.

Sono quindi anche assolutamente da escludere alcune delle altre cause che, in assenza della calcolosi, possono dare luogo ad una ostruzione delle vie biliari (restringimenti infiammatori, tumori, ghiandole dell'ilo, briglie peritoneali): *a*) anzitutto perchè nessuna di queste cause esisteva, come l'ispezione durante l'atto operativo dimostrò; *b*) per la considerazione che esse in genere producono ittero persistente; *c*) perchè non è comune ad esse la sintomatologia colica. Nè è a parlare di nessuna forma di ittero infettivo.

Restano due sole ipotesi a fare: 1) o che la cisti abbia agito, specie con la sua parte protuberante, estrinsecamente, comprimendo le vie biliari e provocando la sintomatologia descritta; 2) oppure che, per anomala comunicazione col cavo cistico, vi sia stata trasmigrazione di cisti figlie attraverso i dotti biliari.

Questa ipotesi (e il fatto del resto è menzionato come non raro da tutti gli autori) potrebbe avere nel caso attuale una veste di verosimiglianza poichè dal cavo cistico, senza che in esso vi sia stata praticata nessuna manovra, si ebbe per lungo tempo fuoriuscita abbondante di bile, la qual cosa potrebbe far pensare ad una larga comunicazione del cavo stesso con le vie biliari intraepatiche.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE DI CHIOGGIA
diretto da O. FINZI.
REPARTO CHIRURGICO.

Poche parole sul così detto " solco trasversale sopra-ipogastrico ".

O. FINZI, libero docente di patologia chirurgica e chirurgo primario.

Nella Sezione pratica del « Policlinico », fascicoli 31 e 49, anno 1923, sono comparse due brevi note, la prima del Sacconaghi, la seconda del Masci intorno a un « solco trasversale sopra-ipogastrico » che si verificherebbe sulla superficie anteriore convessa dell'addome, ad ammalato in posizione supina, con notevole frequenza, nell'ascite. Per il Masci poi il segno avrebbe anche un valore più specifico di quello attribuitogli dal Sacconaghi, giacchè oltre dimostrare che nella cavità peritoneale vi è del liquido, ci indicherebbe la natura del liquido stesso, differenziando l'essudato dal trasudato, formandosi esso solco quasi esclusivamente nei casi nei quali il liquido è un trasudato.

Secondo il su detto autore nei versamenti ascitici da flogosi, esistendo spessissimo delle aderenze, queste impedirebbero alle anse intestinali di spostarsi in alto al di sopra del liquido, onde la mancata espansione dell'epigastrio, che si verificherebbe nei casi di trasudato e che sarebbe una delle cause della formazione del solco.

Secondo Masci detto segno era stato già da più anni notato dal Carducci il quale lo aveva denominato « segno del doppio colletto ».

Questa brevissima nota non ha intendimento polemico, nè tende a diminuire l'importanza, se ne ha, del segno descritto; ma ha solo lo scopo di dimostrare come alle volte esso possa essere presente anche in altre malattie, avendolo io osservato in un caso di voluminosissima ciste dell'ovaio torta sul peduncolo. Di questo caso dirò solo le parole strettamente necessarie: si tratta di una donna di 43 anni, la quale ebbe una sola gravidanza, condotta a termine; la figlia morì a 12 anni di tubercolosi polmonare. L'anamnesi può essere malamente raccolta trattandosi di una semideficiente; essa afferma di essersi accorta molti mesi prima, che l'addome si tumefaceva, mentre si verificava un arresto delle mestruazioni; da alcuni medici e levatrici era stata emessa la diagnosi di gravidanza.

Addome voluminosissimo, espanso in tutte le regioni; linea alba scarsamente pigmentata e solo nel tratto ombelico-pubico; smagliature antiche e recenti; rete venosa sottocutanea assai sviluppata; in vicinanza dell'ombelico un solco trasversale profondo un paio di centimetri, a dolce pendio e degradante ai fianchi, che mette in evidenza due tumefazioni, una epigastrica, ipogastrica l'altra. La percussione dà ovunque risonanza ottusa eccetto che subito sotto l'apofisi xifoide e nella parte alta della regione ipocondriaca d. ove si ha risonanza timpanica che ricopre in gran parte l'ottusità propria del fegato. Le zone di ottusità e di timpanismo non mutano col mutare di posizione dell'ammalata. Nessun punto do-

Solco circonferenziale

a) lobazione inferiore o pelvica
b) lobazione superiore

loroso nè dolorabile; nettissimo il senso di fluttuazione, che si avverte pure attraverso i fornici vaginali. Diametro massimo antero-posteriore cm. 36; diametro massimo trasversale cm. 33. Ponendo l'ammalata in posizione eretta in piedi, il solco sopra descritto quasi scompare, solo si intravede come una lievissima insenatura.

La diagnosi clinica, assai facile, di ciste dell'ovaio, venne confermata dall'operazione, con la quale potemmo estirpare la ciste, aderente in toto al peritoneo parietale anteriore. Essa conteneva circa 20 litri di liquido color cioccolata per stravasi sanguigni, e il suo peduncolo era torto per un giro.

La ciste occupava quasi tutto l'addome, sospingendo in alto il diaframma, e spostando in alto e a destra le anse intestinali; essa era divisa in due grandi lobazioni una inferiore pelvica e l'altra superiore, largamente comunicanti fra loro, da un solco circonferenziale mediano profondo qualche cm., come si può chiaramente osservare dalla fotografia.

Nel caso in parola il *segno del solco trasversale sopra-ipogastrico, anzi che segnare un'ascite era l'indice della configurazione del tumore e dello stato anatomo-patologico* (aderenza totale della ciste al peritoneo parietale, per modo che le pareti addominali, adattatesi su di essa, ne proiettavano all'esterno la forma). *La ragione anatomica della formazione del solco, che sfugge ai su nominati autori nei casi di ascite, è assai evidente nel caso di mia osservazione.*

SUNTI E RASSEGNE.

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA.

Dismenorrea e sua cura.

(SIREDEY. *La Ginécologie*, aprile 1923).

L'A. ritiene logica la divisione delle dismenorree in due gruppi, a seconda del predominio dell'utero e dell'ovaio nella sindrome dolorosa.

Nella *dismenorrea uterina* si dovrebbero distinguere due forme: la *dismenorrea da stenosi* e la *dismenorrea membranosa*. La stenosi si ha per lesioni cicatriziali del collo o dell'istmo dell'utero, secondarie a parti, atti operativi, o semplici causticazioni. Il meato uterino è talmente ristretto da consentire solo con grande difficoltà lo stillicidio mestruale. Alle prime gocce di sangue compare un gran dolore del basso ventre, il flusso si arresta, l'utero si distende, l'addome è dolentissimo ed in difesa e sopravvengono premiti come nel parto, finchè si espelle un grumo di sangue; dopo di che il decorso diviene normale. La stenosi può essere data anche da fibromi per pressione sul canale uterino: in tale caso, per l'intervento della congestione locale, il dolore può precedere di 2-3 giorni la comparsa del sangue. Le prime gocce possono essere seguite da arresto o diminuzione del flusso, iperacuzie del dolore, nausea, vomito, difficoltà o ritenzione di orina; anche qui si espelle un grumo e tutto torna gradualmente al normale.

La dismenorrea dell'utero infantile ed aplasico, anche se accompagnata ad anti- o retroflessione è più ragionevole interpetrarla come dovuta alla insufficienza ovarica che accompagna l'utero infantile: questo spiega perchè in queste malate durante le crisi è possibile dimostrare la pervietà e la libertà del canale uterino, e si spiegano anche i costanti insuccessi delle cure di dilatazione e di raddrizzamento del canale.

La *dismenorrea membranosa*, quando con essa non si confonda l'espulsione di residui placentari per aborto, è una esagerazione della normale piccola esfoliazione della mucosa uterina durante i periodi mestruali.

***

La *dismenorrea ovarica* si inizia prima della comparsa delle mestruazioni, è meno violenta al suo inizio, ma si accentua progressivamente. Si inizia con stiramenti lombari e peso al basso ventre, che a poco a poco si cambiano in dolori sempre più acuti e violenti, fino a dare un vero stato di peritonismo. La durata varia da qualche ora a più giorni: l'inizio dei dolori può

aversi anche 8-10 giorni prima del periodo mestruale.

La disfunzione del processo di ovulazione, che può insorgere in qualsiasi epoca, dalla pubertà, fino all'epoca precritica, è legata a fattori etiologici molteplici: tubercolosi, sifilide, enterocoliti, appendiciti, litiasi biliare, pregresse infezioni, parti laboriosi, gravidanze estrauterine, metriti, salpingo ovariti, ecc. Molte volte, manca ogni altro elemento etiologico ed entrano in campo i disturbi endocrini, specie dell'ovaio, tiroide, surrene, ipofisi, timo.

***

La dismenorrea da ostruzione si giova della cura chirurgica che può andare dalla semplice dilatazione, fino all'isterotomia o ad interventi radicali se vi sono tumori delle pareti o gravi lesioni degli annessi.

La dismenorrea membranosa si può giovare di semplici cure mediche generali che stimolano la funzione ovarica: altra volta sono utili le *pennellature di tintura di jodio* sulla mucosa uterina, o applicazioni di garza sterile imbibita di:

Glicerina	100
Ittiolo	10
Cloralio	5

previa dilatazione del canale uterino. Può occorrere infine anche il raschiamento.

Nella dismenorrea ovarica si ricorre alla cura chirurgica se vi sono da rimuovere lesioni degli annessi o degli organi vicini.

Quando si suppone che coesista uno stato di intossicazione cronica per appendicite, enterocolite, infezioni biliari, ecc. si avrà cura dell'intestino con un regime dietetico opportuno, e con lassativi non irritanti.

Sono consigliabili i tentativi di cura opoterapica plurighiandolare. Siredey consiglia: in casi di mestruazioni scarse e brevi si accentui la opoterapia ovarica:

Polvere di ovaio	gr.	0.20
» di surrenale	»	0.05
Estratto tiroideo	»	0.002
» ipofisiario	»	0.10

nelle persone più robuste con tendenza ad ingrassare, con flusso abbondante:

Estratto tiroideo	gr.	0.025
» ipofisiario	»	0.10
» surrenale	»	0.10
» ovarico	»	0.10

nelle malate con marcata depressione nervosa insistere con il surrene e dare meno estratto tiroideo (0.002 anzichè 0.025).

Ogni dose si dà al pasto di mezzogiorno, per 5 giorni la settimana e per 3 settimane al mese. Gli effetti benefici si vedono subito; ed in questo caso si possono aumentare le dosi: se il risultato buono manca, è inutile insistere.

Cura sintomatica. Bagni caldi di 25'-30' quotidiani durante la crisi premestruale e caldo locale. Giovano clisterini caldi, ogni 6 ore, di:

Acqua	100	cc.
Antipirina	1	gr.
Laudano	XX-XXX-XL	gocce

Se i clisteri non si tollerano si ricorra ai suppositori:

Antipirina	gr.	1
Estratto tebaico	»	0.03-0.04
» belladonna	»	0.01-0.02
Burro di cacao	»	3

da rinnovarsi ogni 6 ore.

Lo stato di incertezza e di oscurità nel dominio delle secrezioni interne ha condotto il Ludwig a ritenere che la cura della dismenorrea debba orientarsi sulla via *funzionale* cercando di influenzare le alterazioni del tono uterino ed a studiare il valore degli *antispasmodici* conosciuti.

Morfina e codeina devono essere rifiutati perchè esercitano azione eccitante sull'utero.

Ludwig consiglia la *papaverina* alla dose di gr. 0.04 ripetuta tre a sei volte nelle 24 ore; essa rilascia i muscoli lisci ed abbassa fortemente la tonicità dell'utero molto più dell'atropina, le cui dosi devono essere spinte fino al limite della tolleranza per ottenere l'effetto antispasmodico desiderato.

Ottimo antispasmodico e di maneggio più facile e più largo è il *benzoato di benzile*, in soluzione alcoolica al 20 %, alla dose di XX gocce, tre volte al giorno, a cominciare da tre giorni prima dell'epoca presunta, continuando fino alla cessazione della mestruazione. Il Quach alla Clinica di Bumm a Berlino in 58 malate ebbe eccellente risultato, sopratutto in dismenorroiche con organi genitali normali (69 % di esiti favorevoli) e nelle dismenorree per infantilismo (64 % di miglioramenti).

Se la dismenorrea è dovuta a congestione per prolasso dell'utero, metriti o annessiti, gli antispasmodici non giovano e sono invece da raccomandarsi purganti salini, salasso, hidrastis.

PERSIA.

Il " fluor genitalis ,, nelle vergini.

(B. Bröse. *Mediz. Klinik*, 1924, n. 21).

Questa malattia è stata in ogni tempo poco studiata e scarsissima è la letteratura ginecologica sull'argomento, nè in essa si trova un accenno alla ricerca delle cause ed ai tentativi di cura. Il fatto che raramente tali giovani malate sono accompagnate dallo specialista; e che il medico di famiglia omette di solito l'esame genitale, contentandosi di diagnosticare una clorosi e di prescrivere una cura di ferro, dà la ragione di questa scarsezza di cognizioni sopra un argomento che pure ha una notevole importanza pratica.

Bastano alcuni riguardi nella tecnica perchè possa essere possibile anche nelle vergini l'introduzione di un piccolo speculum, tale da permettere l'esame della vagina e della portio.

L'Autore, con questo mezzo ha fatto uno studio sistematico, di cui riassumiamo i risultati.

Il « fluor albus » è un sintoma legato alla ipersecrezione della mucosa dei genitali; esso può essere anche molto abbondante e nella maggior parte dei casi proviene dall'utero.

L'endometrite è una causa più frequente della endocolpite. La natura della secrezione proveniente dal collo è muco-purulenta ed anche schiettamente purulenta e spesso coesiste una erosione del collo. Se oltre al collo, anche la cavità uterina partecipi alla malattia, questo non è possibile stabilire sulla donna vivente e tanto meno sulla donna vergine.

Nello studio eziologico l'Autore dà uno scarso valore alle clorosi: egli raramente osservò nelle sue malate questa coincidenza, ed in quei rari casi non dà ad essa un valore determinante.

Nelle ragazze che soffrono di « fluor albus » avanti la prima mestruazione, quando si debbano escludere le malattie infettive dell'infanzia (morbillo, scarlattina, ecc.), bisogna sempre pensare se non si tratti di un catarro postgonorroico. Noi sappiamo che anche quando la vulvo-vaginite infantile fu ben curata, esistono alcuni casi nei quali la gonorrea persiste per lunghi anni e solo una lunga ed accurata cura locale riesce a portar giovamento.

In altri casi in cui il fluor si installò colla prima mestruazione si trattava sempre di una endometrite catarrale. Se noi pensiamo che il fenomeno mestruale rappresenta uno stato molto simile a quello infiammatorio che porta, insieme alla emorragia, alla necrosi ed al distacco della mucosa uterina, non ci fa più meraviglia di vedere una endometrite catarrale far seguito fin dalla prima volta a questa specie di stato infiammatorio periodico, accompagnato frequentemente ed accentuato decadimento dello stato generale.

La cura della vulvite e della colpite è praticata mediante pennellature con soluzioni di nitrato di argento al 5-10 %, insieme ad irrigazioni vaginali.

Per l'endometrite catarrale l'autore è sempre un seguace della causticazione uterina col cloruro di zinco al 50 % a mezzo della piccolissima sonda di Playfair avvolta in sottile strato di cotone: essa può essere introdotta aiutandosi con una piccola pinza da collo o, se questo non è possibile, sulla guida di un dito.

Coi suddetti metodi l'A. ottenne ottimi risultati, colla scomparsa in breve non solo del fluor ma anche delle menorragie e della dismenorrea, così frequentemente associate alla malattia in questione.

Riassumendo, dobbiamo tener fermi i seguenti punti:

1) Il « fluor genitalis » delle vergini è causato da una malattia locale degli organi sessuali, non della clorosi o da altre malattie costituzionali, l'anemia, le tubercolosi, l'infantilismo, l'astenia.

2) La causa del fluor è nel maggior numero dei casi una endometrite catarrale, raramente una colpite (2 %); alle volte solo una vulvite (4 %).

3) L'endometrite è provocata o da una infezione gonorroica dell'infanzia non perfettamente guarita, o più raramente da malattie infettive come morbillo, scarlattina, influenza, tifo, colera, ecc., e infine da altri disturbi delle fanciulle durante il periodo mestruale.

4) Soltanto mediante una energica cura locale il fluor guarisce insieme alle menorragie e alla dismenorrea che molto spesso sono la conseguenza dell'endometrite.

A. Valentini.

La eteroproteinoterapia nelle forme settiche puerperali.

(T. Soli. *Rivista ital. di ginecologia*, vol. II, fasc. II, 1924).

In questi ultimi due anni l'A. ha sperimentato sistematicamente la eteroproteinoterapia nelle forme settiche puerperali, nell'Istituto di Maternità di Torino da lui diretto e nella pratica privata, di modo che oggi può rendere noti i risultati ottenuti in un ragguardevole numero di casi. Oltre il trattamento con proteine eterogenee, in questi infermi, non ricorse ad altro mezzo di cura, eccettuato si intende le pratiche igieniche delle vie genitali, e farmaci tonici e cardiocinetici quando il caso lo richiese. I pro-

dotti proteinici usati in quasi tutti i casi furono il *latte vaccino intero* e il *Caseal calcico*, con risultati press'a poco uguali. La dose del prodotto usato per iniezione fu da 5 cmc. a 10 cmc. Non notò che eccezionalmente disturbi generali e rialzi termici di vera entità. La dolorabilità all'iniezione non fu mai molto marcata. Fenomeni anafilattici (eruzioni eritematose o papulose) costituirono l'eccezione e furono lievissimi.

Ascessi nel luogo di iniezione si verificarono cinque volte, ma senza conseguenza: in due casi con l'ascesso coincise un notevole miglioramento della forma settica. Non osservò alterazione renale attribuibile al trattamento proteinico. Le modificazioni della formula leucocitaria del sangue furono: leucopenia fugace in primo tempo, quindi leucocitosi con predominio dei polinucleari neutrofili. La pressione del sangue manifestò tendenza alla diminuzione.

I casi trattati furono complessivamente 163 che possono essere distinti in sette gruppi. Nel *primo* si riuniscono 40 casi trattati con *intento profilattico*, prevedendosi un puerperio irregolare per sepsi. La cura fu iniziata subito dopo il parto o già durante il travaglio: la proteina fu iniettata quotidianamente o a giorni alterni; in sei casi soli il puerperio fu complicato da sepsi, quattro volte per forme localizzate e due generalizzate una delle quali seguita da esito letale.

Nel *secondo gruppo* son raccolti 32 casi di forme ulcerative settiche localizzate alla vulva, alla vagina ed alla portio uterina.

La proteina fu iniettata al primo apparire della temperatura febbrile: in 23 si trattava di ulcerazioni vulvo-vaginali, e in 9 l'ulcerazioni si estendevano anche alla *portio* uterina. In tutti i casi il decorso fu benigno, le ulceri si detersero rapidamente; in otto la febbre cadde per crisi dopo la seconda iniezione.

Del *terzo* e *quarto gruppo* fan parte i casi in cui la forma settica era localizzata all'utero: 16 casi di *endometrite* putrida dei quali sette ebbero un decorso breve: la febbre cadde per crisi o lisi precoce dopo 2 o 3 iniezioni di proteina; negli altri 9 la malattia durò da 10 a 20 giorni; 18 casi di *endometrite settica* in sei dei quali la febbre cadde per crisi dopo la seconda o terza iniezione, negli altri per lisi tra 12 e 19 giorni, eccettuato un solo caso in cui la infezione si generalizzò e fu seguita da esito letale dopo 25 giorni.

Appartengono al *quinto gruppo* soltanto cinque casi di forme localizzate ai parametri: cinque risultati brillanti. Alle iniezioni seguì diminuzione del dolore, e miglioramento dello stato generale, caduta della febbre e rapida riduzione delle tumefazioni parametrali.

Nel *sesto gruppo* son riuniti 14 casi di linfoangioite mammaria e di mastite: risultati buoni con l'impressione che la proteinoterapia abbia affrettato la risoluzione del processo.

Nel *settimo gruppo* son compresi 9 casi di infezione generalizzata a tipo setticemico e 3 a carattere pioemico: otto guarigioni e quattro esiti letali. Nei casi guariti il numero delle iniezioni fu da un minimo di 3 a un massimo di 6, praticate a giorni alterni e in dose di 10 cmc. per iniezione, con reazione generale notevole. Nei casi seguiti da morte, in due le iniezioni non dettero nessuna reazione, negli altri due all'inizio della cura si ebbe reazione generale e coincise un miglioramento di breve durata, le ulteriori iniezioni non dettero alcuna reazione.

Dai risultati suesposti se ne deduce che la terapia eteroproteinica sia a scopo profilattico che curativo, è sovente seguita da benefici effetti; e l'essere scevra di gravi inconvenienti, ben tollerata, ed economica, specie se praticata col semplice latte bollito, son coefficienti questi, che fanno tal metodo di cura delle infezioni puerperali meritevole di essere largamente diffuso.

A. CER.

La cura dei fibromi uterini: chirurgia o radioterapia?

(H. VIOLET, *Revue Française di Ginec. et d'Obst.*, 25 febbraio 1924).

L'A. polemizzando con M. Arcelin, sostiene che tra radiologo e chirurgo vi debba essere una perfetta collaborazione e che il primo non intraprenda una cura senza una netta indicazione del secondo, che, unico, può decidere in molti casi, data la speciale competenza clinica.

Non è contrario alla radioterapia dei fibromi, però ne limita il campo a determinate forme, che veramente possono risentire gli effetti utili di essa.

Servirsene in ogni caso non significa comportarsi razionalmente; perchè, oltre alle diagnosi dubbie, dove è necessaria la laparotomia, vi sono numerosissime condizioni che esigono lo stesso comportamento, sia perchè la neoformazione non risente l'effetto dell'irradiazione, sia perchè nella concomitanza di altre lesioni si possono avere delle sorprese dolorose, e sia, finalmente, perchè la sterilizzazione ovarica, inevitabile, in donne giovani non sarebbe un evento molto desiderabile.

Egli, dopo avere esaminato una statistica

di 130 fibromi, traccia in due quadri distinti i casi che esigono una cura chirurgica e quelli in cui è preferibile la radioterapia.

Cura chirurgica:

1) in tutti i fibromi dolorosi, alla pressione o ai movimenti, con crisi dolorose per peritonite, appendicite, salpingite;

2) in tutti i fibromi accompagnati da reazione febbrile, dovuta generalmente a concomitante endometrite, salpingite, peritonite, a processi di necrobiosi;

3) sui fibromi con degenerazione maligna o in cangrena;

4) sui fibromi in gravidanza;

5) nei casi che comportano dubbii diagnostici.

La chirurgia conservatrice deve essere la preferita in donne nella età feconda e, in caso di necessità superiore, si mantengano almeno in sito le ovaia.

Radioterapia:

1) nei casi di fibromi, non voluminosi e non complicati, i cui sintomi costituiscano una seria minaccia in donne sulla quarantina;

2) in tutti quei casi, di donne anche giovani, i quali implichino una controindicazione assoluta all'intervento o serie difficoltà operatorie;

3) in donne poi con fibromi multipli, sarà la paziente che deciderà fra l'importanza d'una sterilizzazione completa (radioterapia) o una isterectomia oltre con conservazione di uno o di ambedue le ovaie.

Concludendo: la radioterapia è controindicata in donne giovani desiderose di figli; nella concomitanza d'un tremore ovarico, che potrebbe trasformarsi in maligno; quando esista un cancro latente dell'ovaio, o il fibroma stesso manifesti caratteri di malignità; nei casi di salpingite o di processi infiamatorii, per cui si determinerebbero delle condizioni che renderebbero oltremodo difficile ogni intervento successivo.

I fibromi duri, calcificati, situati nella pelvi, i fibromi molto voluminosi non risentono gli effetti dell'irradiazione. Per i fibromi sottomucosi con evoluzione vaginale e determinati continue perdite sierose o di sangue non vi può essere altra cura che la chirurgia.

COLISTRO.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

P. NOBÉCOURT. *Clinique Médicale des Enfants. Affections de l'appareil respiratoire.* — Masson e C. Paris 1924, p. 348. Fr. 22.

Questo nuovo libro dell'eminente professore di Clinica medica pediatrica nella facoltà di Medicina di Parigi, appare come il compimento logico del suo precedente ottimo trattato di patologia infantile. Mentre in quello infatti vengono esposte sinteticamente e sistematicamente le varie forme morbose che possono colpire il fanciullo, qui si trova l'applicazione pratica di tale insegnamento, perchè è attraverso alla storia del malato e all'esposizione del decorso della malattie che si giunge alla discussione diagnostica, basata sui dati dell'esame obiettivo e delle ricerche di laboratorio.

La semplicità del linguaggio e la chiarezza delle idee esposte fanno sì che il libro, ricco di curve termiche e di buone riproduzioni radiologiche, si legga con vero profitto.

È da augurarsi che a questo primo volume, dedicato alle sole affezioni polmonari, primitive o secondarie alle svariate malattie infettive dell'infanzia, ne seguano presto dei consimili, riguardanti la clinica degli altri apparati organici.

M. FABERI.

TERRIEN et COUSIN. *Affections de l'oeil en médecine générale. Diagnostic et traitement.* Volume di pag. 510, con 125 figure. Franchi 40. Masson, éditeur. Paris.

Il libro ha lo scopo di far conoscere e rendere più fine la diagnosi di lesioni oculari in seguito a malattie generali, e di mettere in rilievo l'importanza che molti sintomi, a carico dell'occhio, hanno per la diagnosi precoce e giusta di affezioni dell'organismo. Il lavoro è diviso in tre parti. La prima parte comprende un capitolo di anatomo-fisiologia, un capitolo per la tecnica dell'esame oculare; inoltre l'enumerazione dei disturbi funzionali dell'occhio divisi in disturbi della funzione sensoriale, disturbi della funzione motrice, disturbi della sensibilità oculo-palpebrale. La seconda parte tratta dell'esame semeiologico. È quanto di più chiaro e concreto si possa desiderare. Nella terza parte vengono descritte singolarmente le lesioni oculari corrispondenti a malattie generali, e propriamente alle malattie infettive, alle intossicazioni ed alle lesioni dei differenti organi. In speciale modo il capitolo riguardante le affezioni dell'occhio in rapporto al sistema nervoso è completamente sviluppato, tenuto conto della nota importanza che l'apparato oculare ha per la diagnosi di quasi tutte le affezioni del sistema nervoso cerebro-spinale.

Non manca infine un'appendice sull'uso della puntura lombare, della reazione di Wassermann, della misura della tensione arteriosa retinica e generale, esame del sangue, biopsia, esame batteriologico.

Si tratta quindi di un libro molto utile alla cultura degli studenti di medicina e dei giovani medici. DI MARZIO.

A. RUBINO. *Manuale di terapia clinica.* Prezzo L. 80. Editore Vallardi, Milano.

Questo libro, troppo noto ai medici italiani per aver bisogno di presentazione, continua nel suo fortunato successo, giungendo alla nona edizione.

Malgrado il breve tempo trascorso dalla precedente, l'attuale edizione è stata notevolmente arricchita di numerose aggiunte. Grazie al rapido esaurirsi di ogni edizione il Rubino è in grado di mantenere continuamente aggiornato il proprio libro, seguendo di pari passo i progressi della etiopatogenesi e della terapia.

Un maggiore sviluppo è stato dato alle malattie cutanee e più ricco e preciso è l'indice alfabetico. DR.

L. CHEINISSE. *L'année thérapeutique*, 1923. Masson e C. Pr. 8 Frs.

Il volume costituisce come i precedenti un libro del tutto nuovo: è una rivista dei più notevoli progressi terapeutici — nuove applicazioni, nuovi medicamenti e nuovi metodi — comparsi durante l'anno. Gli argomenti sono scelti e trattati con un senso di critica equilibrata: l'esposizione è chiara e semplice. Interessanti la nota sintetica sull'insulina e sulla tecnica delle sue applicazioni, le pagine sulla trasfusione sanguigna, sul 205, il nuovo rimedio della tripanosomiasi, sui varii nuovi rimedi sperimentati contro l'iperemesi gravidica.

È un libro pratico, necessario per chi voglia tenersi al corrente. E. V.

G. GAROFANO. *L'eredità morbosa nell'uomo.* Editore Noviello, Aversa.

Dopo avere accennato alle leggi fondamentali dell'eredità l'A. passa in rassegna le varie malattie, soffermandosi sopra tutto su quelle nervose, per le quali si è potuto fissare o adombrare una certa regola nella loro trasmissibilità.

Sono riportati numerosi esempi da altri autori e molti ne sono riferiti di esperienza personale.

Un capitolo è dedicato alla profilassi della riproduzione

L'esposizione è chiara. Abbondanti le indicazioni bibliografiche. DR.

GRAETZ. *Le nuove teorie atomiche e la costituzione della materia.* Prezzo L. 20. Editore Hoepli, Milano.

Le nuove concezioni sulla costituzione della materia sono purtroppo ignorate dalla grande maggioranza dei medici non più giovani. I progressi che si son fatti al riguardo sono così recenti e sono stati così rapidi che non a tutti è stato possibile mettersi al corrente di essi.

A buon punto giunge il libro del Graetz che espone nella forma più chiara possibile tutte le nuove acquisizioni di chimica-fisica che sono state apportate dalla scoperta dei fenomeni radioattivi.

La traduzione dell'ing. Rossi è molto corretta e chiara.

Il libro che si presenta con la sobria eleganza delle edizioni Hoepli si inizia con una prefazione del prof. Carrara. DR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Regia Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 28 giugno 1924

Presidenza: Prof. V. ASCOLI.

Ricerche su la rivivescenza e la sopravvivenza di animali dissanguati.

Dott. GALATÀ. — L'O. espone le sue indagini intorno al ritorno funzionale dei centri nevrosi e dell'organismo in cani uccisi col dissanguamento. Espone i metodi usati ed i risultati delle esperienze.

Nel 72 % su 87 esperienze ebbe la revivisenza vegetativa della durata da 2 a 3 ore.

Osso sesamoide nel tendine del bicipite crurale sinistro con notevoli disturbi funzionali.

Dott. E. MINGAZZINI. — L'O. riferisce ed illustra un caso clinico in cui la presenza di un osso sesamoide nel tendine del bicipite crurale determinava una sindrome fatta di edema locale, dolore e disturbi della deambulazione. L'atto operativo con asportazione dell'osso sesamoide, portò alla guarigione.

Linfoblastoma primitivo della mammella, bilaterale.

JURA V. — Ne riferisce un caso osservato in una donna di anni 23, nubile, mestruata a 12 anni e che aveva avuto soltanto un ritardo di flusso mestruale nel giugno 1922 in occasione della morte della madre (per broncopulmonite).

Nei primi del febbraio 1923 l'inferma notò nella mammella sinistra noduli multipli, della grandezza e forma da un fagiolo ad un'avellana, indipendenti dalla glandola mammaria, indolenti; ne apprezzò, alla fine dello stesso mese, altri analoghi anche

nella mammella d. e gli uni e gli altri andarono progressivamente e rapidamente aumentando di volume, fino a raddoppiarsi il volume primitvo delle mammelle alla fine di aprile dello stesso anno.

Ai primi del maggio seguente presentava in ambedue le regioni mammarie noduli multipli di grandezze varia, da un uovo di pollo ad un'avellana, a limiti netti, a superficie liscia, di consistenza duro-elastici quasi tutti, meno qualcuno a destra molle elastico: le tumefazioni, indolenti non aderivano alla cute nè ai piani muscolo-aponevrotici profondi; capezzoli liberi, nessuna secrezione da essi. Sul margine ant. dell'ascella d. ganglio quanto un'avellana, molle-elastico, spostabile, indolente.

Non si apprezzavano gangli nelle altre stazioni linfatiche. Milza in limiti normali. W. negativa. Esame quantitatvo e morfologico degli elementi del sangue senza alcun rilievo speciale. Cutireazione alla tubercolina negativa.

5 Maggio 1923. (Prof. Alessandri operatore) Asportazione in ambedue le mammelle delle tumefazioni, le quali, incapsulate, furono facilmente enucleabili con incisioni mammarie inferiori, asportando a destra, col medesimo taglio prolungato alquanto in alto, il ganglio ascellare.

I tumori raggiungevano ad ogni lato il volume di un grosso limone, erano costituiti da tumefazioni di grandezza da un uovo ad un'avellana; esternamente come alla superficie di taglio si presentano quasi tutti biancastri; alcune delle tumefazioni di destra, quelle a consistenza molle elestica, (come anche il ganglio ascellare) presentavano sul fondo biancastro zone rossastre. Con l'esame istologico dei tumori e del ganglio per l'aspetto di elementi rotondi del tipo linfocitico in alcuni tratti, linfoblastico in altri, a grosso nucleo ipercromatico disposto in uno stroma in parte manifestamente reticolare, in parte connettivale fibroso, per la scarsezza dei vasi sanguigni, si fece diagnosi di linfoblastoma.

Dopo 15 g. dall'intervento metastasi alla scapola d., accertata radiologicamente; successivamente segni clinici: di metastasi pulmonare a metà giugno dello s. a.; di metastasi ovariche alla fine dello stesso mese. Queste ultime furono confermate da intervento, praticato ai primi di agosto dello stesso anno da altri chirurgi ed in seguito al quale dopo pochi giorni l'inferma morì.

L'O. mette in rilievo la rarità di tumori linfoblastici primarii della mammella, dei quali esistono solo quattro casi precedentemente illustrati: la diagnosi fu potuta sempre accertare solo istologicamente; la prognosi è da ritenersi infausta per le metastasi, più celeri forse nelle forme primitive della mammella di quello che non avvenga nei tumori della stessa natura in altre sedi. Per tali motivi forse riescono infruttuose anche le cure roentgen o radiumterapiche, utilizzate spesso con vantaggio terapeutico per i linfoblastomi di altre sedi.

Al prof. Ascoli che ricordando un caso personale senza reperto istologico, domanda se esistono tumori primitivi bilaterali della mammella di altra natura, il dott. Jura risponde ricordando il carcinoma primitivo bilaterale, ed accenna alle note più importanti di diagnosi differenziale. Al prof. Arcangeli che desidera conoscere se esistevano alterazioni della formula ematica risponde che era normale.

Tentativi di terapia dello status epilepticus a mezzo di iniezioni di Luminal natrium nel cavo subdurale.

Prof. G. FUMAROLA e dott. C. ENDERLE. — Il dott. Enderle riferisce come il Luminal sodico per via intrarachidea nella dose 25-30 centigr. determina la cessazione degli accessi epilettici.

Contributo allo studio delle propagazioni infettive a mezzo degli insetti, con speciale riguardo alla peste bubbonica.

Prof. B. GOSIO, G. ALESSANDRINI e dott. G. RUSSO. — Il prof. Gosio anche a nome dei colleghi comunica le ricerche compiute sulla possibilità di trasmissione di germi della peste per mezzo della fauna necrofila dei cadaveri dei topi. Le ricerche istituite hanno dimostrato che le larve di mosca distruggono attivamente gli organi infetti di peste bubbonica senza risentirne danno, e mantengono nell'intestino i bacilli assunti anche se la larva è tenuta a digiuno. I bacilli si ritrovano nell'insetto adulto proveniente dalle larve infette.

Il problema della trasmissione di molte malattie infettive viene con queste esperienze ad assumere un'importanza in alcuni punti — che non ancora erano stati esattamente considerati. — Il prof. Alessandrini aggiunge dettagli sulle abitudini e sulla vita delle larve e degli insetti.

Ricerche per saggiare il potere digestivo del grasso nell'organismo umano.

Prof. G. REMPICCI. — L'O. riferisce di aver saggiato i poteri digestivi per determinati grassi, includendo una sostanza colorante il bleu di metilene con capsula rivestita dal grasso stesso: stearina.

Egli espone i risultati ottenuti che sono promettenti, se le ricerche potranno essere continuate.

Diagnosi postuma e caratteri tardivi delle malattie di guerra provocate e simulate.

Prof. A. ASCARELLI. — L'O. parla dei mezzi clinici utili a riconoscere negli esiti delle lesioni di guerra, quelle appartenenti alle categorie delle lesioni provocate e simulate.

Si diffonde sulle otiti provocate, sugli edemi da stasi, sulle atrofie da fasciature, sugli atteggiamenti viziati degli arti. L'O. vuole che l'esame della regione sia associato all'esame antropologico e anamnestico prima di una decisione.

Il prof. OTTOLENGHI riconoscendo l'importanza della comunicazione augura però che nel dubbio si eviti di qualificare per simulatori, quelli nei quali non si abbiano tutte le prove chiare e decisive.

E. GROSSI.

Erratum. — Nel resoconto della seduta 31 maggio dell'Accademia Medica di Roma (fasc. 34, pagina 1117) alla riga 10ª leggere: pericistica; alla riga penultima, leggere: Baggio.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

La sindrome trofoedema: trofoedema nervoso, trofoedema linfatico.

André Léri e Noël Péron (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1924, n. 39) avevano presentato a più riprese alla Società Medica degli Ospedali di Parigi malati affetti da trofoedema cronico e nello stesso tempo di inocclusione più o meno completa del sacco. Data la frequente coincidenza di trofoedema e di spina bifida ne avevano supposto una relazione di probabile causa ed effetto, senza poter precisare se fosse in giuoco una compressione venosa, uno stiramento della coda equina o del midollo, o una concomitante lesione del tessuto nervoso.

Dopo di allora fecero operare una ventina di casi di spina bifida, gran parte dei quali avevano incontinenza notturna, essenziale di orina. I disturbi di incontinenza sparirono quasi sempre con la resezione di una briglia fibrosa trasversale accollata alla faccia esterna della dura e che comprimeva la coda equina.

Uguali benefici risultati non ebbero in un caso di trofoedema del piede, gamba e coscia sinistra. In esso il sacco era chiuso a livello della 2ª S. e della parte superiore della 3ª, restando aperto su tutto il resto della sua altezza. Il cul di sacco durale scendeva appena fino alla parte inferiore della 1ª S., spesso leggermente sclerosato e deviato a destra. Dal lato destro partivano nervi voluminosi: da sinistra si staccava un grosso nervo che poi si portava a destra: solo dalla parte più alta del lato sinistro si partivano, diretti a sinistra, verso il lato malato piccoli filetti nervosi, di volume meno della metà di quelli di destra.

È evidente la esistenza di un trofoedema di un membro inferiore dovuto ad innervazione deficiente dell'arto .

Gli AA. stessi nella seduta del 28 dicembre 1923 presentarono una donna di 48 anni che da 15 anni vedeva aumentare considerevolmente il volume dell'arto inferiore sinistro, il quale al momento della comunicazione aveva da 12 a 20 cm. in più di circonferenza rispetto al lato destro, con pelle leggermente cianotica, non infiammata. L'edema era duro, scarsamente depressibile, con il piede notevolmente indenne. L'integrità del piede, al contrario di ciò che si sa per l'elefantiasi, rientra nel quadro del trofoedema.

Mentre l'esame radiografico del sacco non mostrava nulla di molto notevole, notevoli invece erano due altre constatazioni: anzitutto che da un anno e mezzo circa l'edema aveva preso anche l'arto superiore sinistro con impegno passeggero del collo e della nuca: la radiografia poi a livello delle stazioni ganglionari del tronco (inguinali, ipogastriche, iliache esterne, e lombo-aortiche) mostrava numerose ombre nere irregolari, dovute a numerosi gangli calcificati. Analogo reperto si aveva a livello dei bronchi, della trachea, delle regioni sopra e sotto clavicolari e dei lati del collo. Tanto che si può dire che c'era un processo di calcificazione di tutti i gangli dell'economia. Sotto le dita se ne palpavano 2 o 3 all'ascella e al collo.

Alla biopsia si trovò un reperto simile a quello dei vecchi gangli tubercolari intensamente calcificati.

Gli AA. ritengono potersi trattare di una pseudo linfoadenia tubercolare calcificata, e la ritengono la causa poco discutibile del trofoedema.

E concludono per la esistenza di un edema di *origine nervosa*, per il quale è giustificata la parola *trofoedema*, e di un edema *di origine linfatica e ganglionare*. PERSIA.

La neurosifilide come fattore etiologico della sindrome di Parkinson.

Sono stati descritti parecchi casi di sindromi parchinsoniane associate a sintomi di neurosifilide; in taluno la sindrome regredì col trattamento antiluetico (Guillain). H. Mella e S. Katz (*Journ. of nervous a mental Disease*, marzo 1924) riportano il caso di un uomo di 46 anni, sifilitico da 10 anni, il quale da tre anni presentava una sindrome di Parkinson. Non si giovò di una intensa cura antiluetica con arsenobenzoli. Venuto a morte per polmonite, l'esame dei centri nervosi mise in evidenza, una infiltrazione perivascolare a cellule rotonde nel pallidum, e inoltre fatti degenerativi a carico delle cellule nervose. Vi era poi una leptomeningite cronica, atrofia delle circonvoluzioni frontali, e granulazioni nel quarto ventricolo. Queste ultime, e l'infiltrazione perivasale parlano per una neurosifilide, ma gli AA. non si arrischiano di concludere che le degenerazioni cellulari siano consecutive alle alterazioni vasali. Le alterazioni dei neuroni potrebbero essere primarie, come si osserva nella paralisi agitante presenile, onde si avrebbero due processi contemporanei.

Gli AA. credono che si potrebbe ricavare

qualche lume intorno al problema etiologico delle sindromi parkinsoniane nei luetici dallo studio accurato di una serie di cervelli sifilitici, per determinare la frequenza della degenerazione delle cellule pallidali nei sifilitici che non mostrano segni di paralisi agitante.

DORIA.

Aneurisma dell' arteria basilare simulante intossicazione da oppio.

Sidney Smith (*British. med. journ.*. 7 giugno 1924) ha osservato il caso seguente. Una donna di 30 anni, mentre accudiva alle sue faccende di cuoca, venne colta da cefalea, vomito e brividi. Dopo un paio d'ore si stabilì l'incoscienza; pupille molto midriatiche; 54 respiri al minuto; perdita dei riflessi profondi; pressione sistolica 134, diastolica 80. Il coma si fece più profondo, la temperatura salì a 39°.4; al quarto giorno si ebbe la morte. Il caso era stato diagnosticato e curato dal medico curante ed all'ospedale come intossicazione da oppio.

All'autopsia si riscontrò un aneurisma dell'arteria basilare, fatto come un sacco piriforme lungo cm. 3.1, e ripieno di coaguli non organizzati. Esso era situato lungo la linea mediana del midollo allungato e del ponte con una leggera convessità a destra della linea mediana. La parte espansa si trovava in una depressione della parte anteriore del ponte; l'arteria basilare ai due capi oltre l'aneurisma era normale. Nella parte compressa della sostanza cerebrale vi era una maggiore vascolarizzazione.

Non risultò nell'anamnesi nessuna malattia, salvo una leggera cefalea intermittente; ciò appare strano in quanto che la depressione nel ponte arrivava a mm. 7,5. I centri sottogiacenti poterono quindi continuare nelle loro funzioni fino a che una pressione di poco maggiore, probabilmente connessa con una trombosi, li disorganizzò del tutto. Il caso è interessante dal punto di vista medico-legale poichè simulava una intossicazione da oppio e venne anche seguito dall'autorità giudiziaria. Esso inoltre dimostra la necessità di un'autopsia completa del cervello in casi di morte subitanea. I caratteri clinici erano tipici per la pressione sul ponte ed il lungo periodo di coma, nonchè l'elevata temperatura deponevano contro la intossicazione da oppio.

fil.

La paralisi monolaterale del faringe: diagnosi per mezzo della fonazione.

Le paralisi faringee, in confronto a quelle del velopendolo, non sono frequenti; le paralisi faringee monolaterali costituiscono poi addirittura una rarità.

Durante le epidemie di encefalite grippale si ha però talora occasione di osservarne.

Onde facilitarne la diagnosi, D. Boenninghaus (*Deut. Med. Woch.*, n. 24, 1924) consiglia di ricercare la lesione, invece che col metodo usuale di provocazione del riflesso faringeo, il quale in caso di iper- o di ipo-eccitabilità fornisce resultati poco netti, col metodo della fonazione, facendo pronunziare la vocale a. In tal modo, se esiste una paralisi monolaterale, si osserverà una ineguaglianza di contrazione della parete faringea posteriore, che sarà più energicamente spinta verso il lato sano, per azione antagonista dei muscoli del lato non paralizzato.

M. FABERI.

La localizzazione dei tumori intracranici.

La questione della ventriculografia è stata portata innanzi alla *British Medical Association* da McConnel e Geoffrey Jefferson (*British Medical Journal*, novembre 1923) i quali hanno riferito sui risultati che il metodo stesso permette di raggiungere. La tecnica che McConnel consiglia è la solita usata per la ventriculografia con cui mediante anestesia regionale e trapanazione del tavolato viene introdotta la cannula nel ventricolo laterale: la messa a posto della cannula e il riscontro del punto di repere può essere facilitata mediante un piccolo apparecchio che appoggiato sul cranio permette e facilita la trapanazione al di sopra del meato uditivo e la tenuta in posto dell'ago. La tecnica non è difficile ma non scevra di pericoli e due sui 14 casi in cui l'A. ha esperimentato il metodo sono morti dopo 9 e rispettivamente 14 ore dalla trapanazione e in un caso si è avuta la morte sul tavolo operatorio: è perciò che il metodo della ventriculografia se non può essere un metodo clinico corrente può essere necessario quando non è possibile la localizzazione del tumore e un atto operatorio potrebbe salvare o migliorare il paziente. È interessante notare che in nove casi nei quali è stata praticata la ventriculografia non esistevano sintomi netti di localizzazione mentre invece la ventriculografia ha permesso di localizzare nettamente il tumore.

L'esperienza di Jefferson è limitata a sei casi in uno dei quali (idrocefalo) si è avuta come conseguenza la morte: anche l'A. crede che il metodo non debba essere applicato in uso corrente perchè non scevro di pericoli e solo dopo che le ricerche cliniche non hanno permesso di giungere a una localizzazione possibile del tumore.

E. MILANI.

Sulla patogenesi del torcicollo muscolare.

Secondo Ali Krogius (*Acta Chir. Scand.*, volume LVI, fasc. VI) il processo anatomo-patologico che dà luogo al torcicollo muscolare e che si manifesta con una proliferazione di tessuto connettivo interfascicolare a spese degli elementi muscolari non può, dato il suo sviluppo lento e progressivo che prosegue per anni, essere la conseguenza di una necrosi muscolare ischemica. Invece la rassomiglianza notevole fra questo processo e la trasformazione graduale in tessuto tendineo che si può constatare per molto tempo dopo la nascita nei piccoli muscoli del piede negli animali della classe degli ungulati come facente parte del loro sviluppo regolare ed inoltre altre circostanze come l'eredità e la combinazione con altri difetti di sviluppo osservati in alcuni casi di torcicollo, parlano in favore di una causa endogena di questa affezione, causa che consisterebbe in una malformazione primitiva del blastoma del muscolo sterno-cleido-mastoideo.

M. ASCOLI.

TERAPIA.

Un caso di gangrena polmonare trattato con la tracheo-fistolizzazione.

G. Caussade, Georges Rosenthal e J. Surmont il 21 marzo scorso riferirono alla *Société médicale des Hôpitaux* di Parigi di aver operato, nell'estate del 1923, un malato bronchiectasico, che da cinque anni aveva segni gravi di gangrena polmonare, con lesioni bilaterali. Ogni altro tentativo terapeutico era stato seguito da insuccesso (iniezioni intratracheali, autovaccini, siero antigangrenoso, arsenobenzoli, tintura di aglio) e rima dell'operazione il paziente era in condizioni molto critiche: stato generale pessimo, emaciazione estrema, albuminuria, abbondanza di sputi fetidissimi (900 cc.), febbre alta e diarrea profusa.

L'atto operativo, che nel caso speciale si prevedeva solo palliativo e non curativo, avrebbe permesso di far penetrare direttamente, nelle numerose bronchiettasie e nei focolai gangrenosi bilaterali, le sostanze medicamentose. In grazia ad una operazione fatta una volta per sempre si sarebbe potuta mantenere la vasta superficie malata a contatto costante di medicamenti appropriati, evitando i successivi e ripetuti traumi delle iniezioni intratracheali, che il paziente non poteva più sopportare senza minaccia di sincope.

La tracheotomia fu fatta con anestesia locale novocainica 2 % e fu applicata la cannula di argento n. 1 dello strumentario Rosenthal. Attraverso la cannula furono iniettati prima 2 cc. di soluzione novocainica e tre minuti dopo 10 cc. di olio gomenolato al 10 %.

Gli AA. fanno notare che le dosi di novocaina possono spingersi anche a 5-6 centigrammi: ma, essendo le soluzioni acquose irritanti, è preferibile di non oltrepassare i 2 cc. della soluzione 2 %. Con soluzioni più concentrate, il liquido anestetizzante non raggiunge una superficie più estesa che è possibile. E desiderabile poter adoperare soluzioni anestetizzanti oleose.

L'uso della cannula n. 1 lascia pervia la trachea, non sopprime la parola e permette che gran parte della espettorazione si faccia per via boccale.

In via generale può dirsi che l'atto operativo semplice e facile, è sempre delicato e minuzioso, perciò il medico pratico lo farà da se, specie se altre volte fece una tracheotomia, solo se non ha un chirurgo a sua disposizione.

Il malato sopportò benissimo la permanenza della cannula per un mese. Le iniezioni intratracheali si facevano ogni 2-3-4 giorni senza provocare dispnea o tachipnea notevole. Erano sempre precedute da iniezioni anestetizzanti di novocaina 2 %, olio novocainizzato 2.50 %, allocaina 1-5 % in ragione di 3-4 cc. Dovendo iniettare molto liquido medicamentoso, qualche volta 36 cc., si facevano iniezioni frazionate di 6 cc. per volta ogni 2-3 minuti ed intercalarmente si anestetizzava la trachea.

Le soluzioni medicamentose furono sempre oleose, meno che il bleu di metilene. E furono adoperati l'olio gomenolato, il vioformio, il lipiodol, soli o associati; per esempio 15 cc. di lipiodol (8 gr. di jodio metalloide) e 5 di olio al vioformio. Iniettavano 5-6 cc. i primi giorni e 20-40 cc. nella seconda quindicina.

La tolleranza per i medicamenti, anche fortemente jodati, fu perfetta: il loro assorbimento fu rapido, e fu dimostrato per il lipiodol radiograficamente, per il bleu di metilene con un ritmo di eliminazione orinaria uguale a quello che segue le iniezioni ipodermiche di detta materia colorante.

Sotto l'influenza del trattamento le condizioni del malato migliorarono a vista. La temperatura che prima oscillava fra il 39 e 40 cadde a 38-37-37.5. La quantità dell'espettorato da 900 cc. si ridusse a 250-300 cc. al giorno: diminuì il fetore dello sputo e dell'alito: cessò la diarrea ed aumentò il peso del corpo. Le funzioni renali non furono turbate neanche dalla più leggera albuminuria. Contemporaneamente l'E. O. constatava apprezzabili mo-

dificazioni nello stato degli organi respiratori e nei caratteri dell'espettorato.

Dopo un mese la cannula fu tolta: la febbre si è mantenuta sui 37-37.5 ancora per 12 giorni e poi di nuovo si è rialzata fino a 39.5, 40.5. La quantità dell'espettorato non aumentò di molto: la tosse però si fece forte, stizzosa, incessante, il paziente dimagrò di nuovo, tornò l'albuminuria e la diarrea tenace, si accentuarono le lesioni polmonari e dopo 1 mese si ebbe la morte.

All'autopsia furono riscontrate numerose bronchiettasie bilaterali con le pareti in gran parte distrutte ed affette da processo gangrenoso, basi polmonari infiltrate, congeste, epatizzate, cuore destro dilatato e degenerazione amiloide del fegato e dei reni.

Nel complesso le lesioni erano così intense ed estese da giustificare la temporaneità del miglioramento. Davanti a casi meno gravi e con intervento meno tardivo si devono sperare risultati più efficaci.

PERSIA.

Prevenzione e trattamento dell'empiema cronico.

E. Murstard (rif. in *Medical Review*, maggio 1924) fa notare che l'empiema cronico può essere prevenuto tenendo conto delle cause che provocano il passaggio dalla forma acuta. Tali cause sono:

1) L'operazione è stata fatta tardivamente: in tali condizioni, la pleura viscerale è tanto inspessita e fibrosa che diventa poi incapace di riespandersi. L'operazione dovrebbe essere fatta almeno entro un mese dall'inizio della polmonite.

2) L'operazione è fatta male nel senso che il drenaggio è insufficiente o collocato troppo in alto, oppure si è inciso l'empiema senza fare la necessaria resezione costale.

3) Il trattamento successivo è stato mal diretto. Il tubo di drenaggio non deve essere spinto molto entro la cavità e non va tenuto troppo a lungo, altrimenti si forma un canale rigido, fibroso che non collabisce dopo l'estrazione del tubo; meglio quindi estrarre il tubo presto, asportando eventualmente il pus con un catetere. Al paziente si consiglierà di fare inspirazioni profonde.

4) I corpi estranei nella cavità pleurica possono trasformare un empiema acuto in cronico; essi possono essere un pezzo di tubo da drenaggio, un pezzo di costa necrotizzata. Anche l'osteomielite costale persistente può avere lo stesso effetto ed ugualmente una malattia cronica polmonare.

5) Altri fattori favorevoli alla cronicità sono i seguenti: la persistenza di un versamento sieroso che ha fatto perdere al polmone la elasticità; la fistola pleurobronchiale od esofago-pleurale; la relativa rigidità del torace maschile, mentre le donne sono relativamente immuni da empiema.

A meno che non vi siano particolari controindicazioni, l'empiema cronico va operato. Ciò si può fare nei modi seguenti:

1) Tentare di far nuovamente espandere il polmone asportando la capsula pleurale fibrosa (Decorticazione di Delorme).

2) Toracoplastia extrapleurale, con estesa resezione costale.

3) Operazioni di plastica in cui i lembi di muscoli prendono il posto della cavità. L'A. si dichiara favorevole alla toracoplastia, con la quale, allorchè la cavità è grande, si deve fare la resezione dalla undecima alla prima costola. Tale operazione fatta dall'A. in 26 casi ha dato quattro morti in seguito all'intervento; in cinque individui rimase la fistola; 16 guarirono; di uno non si conosce la sorte. La prognosi di tale operazione è più grave in caso di empiema tubercolare; su 12 operati l'A. ebbe soltanto 5 guarigioni. In questi casi è meglio non aprire l'ascesso, ma aspirare il pus in condizioni tali da prevenire l'infezione a traverso l'ago aspiratore.

fil.

Trattamento della bronchite cronica.

Attuare anzitutto la cura etiologica, tenendo presenti: sifilide, tubercolosi, micosi, cardiopatie, nefropatie, gotta, rinofaringite, adenoidi, polipi mucosi. Sono generalmente utili le acque minerali alcaline e le cure climatiche. Dànno sollievo le iniezioni endotracheali di gomenolo (6-10 cc. della soluz. al 5 % pro die): la cannula si introduce nella glottide sulla guida dello specchio. Il metodo intercricotiroideo con piccoli aghi curvi non è preferibile che per singole iniezioni.

Per bocca, prima dei pasti, si può prendere:

Terpina g. 0.20;

Benzoato sodico gr. 0.15

p. 1 cachet. Da prendere per 10 giorni.

Nei seguenti 10 giorni si può dare:

Polvere del Dower gr. 0.10;

Solfato di stricnina milligr. 1

p. 1 cachet.

(*Journ. des praticiens*, 26 gennaio 1924).

DORIA.

Vaccinoterapia della pertosse.

Vitetti, della Clinica pediatrica di Roma (*Rivista di Clinica Pediatrica*, 10 giugno 1924), contribuisce a dimostrare l'utilità della vaccinoterapia e della vaccinoprofilassi nella per-

tosse. Il metodo non dà inconvenienti, salvo qualche rara o breve reazione febbrile alta: i migliori risultati si hanno con il trattamento precoce e sono tali da dimostrare, di fronte agli altri sistemi di cura, la maggiore rapidità, costanza ed efficacia.

L'A. consiglia di agire anche localmente sulla mucosa rinofaringea con una pomata sedativa a base di chinino, antipirina, adrenalina ed acido fenico: nei casi gravi possono riuscire utili quali calmanti piccole dosi di bromoformio per via orale.

Nell'ambulatorio antipertossico della Clinica su 105 bambini si ebbero 67 guariti, 31 migliorati, 7 stazionari. Questi dati approssimativamente concordano con quelli di Caronia nel 1917 e di Turicchio nel 1921.

Il vaccino adoperato è ottenuto con culture fresche (24-48 h) di Bordet-Gengon emulsionato in siero fisiologico fenicato al 0,50% e dosato a non meno di 2 miliardi di germi per cc. Iniezione endomuscolare ogni 2 giorni di 2 cc. La dose minima totale iniettata fu di 2 cc., la massima di 20 cc.

PERSIA.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Cute e raffreddamento.

R. Geigel (*Nederlansch Tijdsc. voor Geneeskunde*, 1° marzo 1924) mette in rilievo l'importanza indiretta della cute nella genesi del raffreddamento. Se si eccettua il neonato, l'uomo alberga costantemente germi patogeni (stafilococco, pneumococco, meningococchi, bacilli enterici ed altri) che costituiscono un pericolo latente. Ora, nella cute vengono costantemente formati degli anticorpi, per mezzo dei quali la malattia può essere impedita. Gli anticorpi esercitano la loro azione anzitutto contro i veleni prodotti da catarri, influenza, angine, febbri reumatiche. Ora, se in conseguenza di un raffreddamento più o meno forte, questa funzione della cute viene ad essere indebolita o soppressa, i germi accennati possono moltiplicarsi e può svilupparsi la malattia. Il raffreddamento ed il contemporaneo inumidimento della cute esercitano l'influenza più dannosa, che può essere combattuta mediante strofinazioni calde e secche della cute stessa. Si comprende che il raffreddamento non avrà alcuna azione quando non vi siano presenti dei germi.

Non è ben chiaro come possa agire il raffreddamento cutaneo sulla formazione di anticorpi; è probabile che i vasocostrittori abbiano in ciò una notevole influenza in quanto che la contrazione si diffonde sopra un campo più esteso di quello direttamente raffreddato. Il pericolo poi non consiste nella perdita assoluta di calore, ma nell'abbassamento della temperatura della cute, essendo in essa andata perduta la funzione del pelo. È quindi della massima importanza di riportare la cute al più presto possibile alla temperatura normale.

fil.

Sulla termometria clinica.

P. M. Andrus e R. H. Walker (*American Review of Tuberculosis*, maggio 1924) hanno accertato che anche i termometri *garantiti* non possono considerarsi come sicuri, neppure quando sono nuovi, e che divengono quasi inevitabilmente poco esatti, o meccanicamente difettosi, col progredire dell'uso.

Emerge, inoltre, da numerose determinazioni termometriche eseguite dagli AA. nel cavo orale, che quasi tutti i termometri sono *torpidi*.

Gli AA. hanno usato termometri al minuto ed a due minuti; ebbene: il 78 % non aveva raggiunto il massimo neppure dopo 5 minuti e il 16 % dopo 10 minuti. Nel 42 % dei soggetti con febbre il termometro non la indicava dopo 3 minuti e nel 24 % neppure dopo 5 minuti.

Gli AA. hanno riconosciuto che una permanenza di 15 minuti è necessaria, volendo assicurarsi che venga indicata la temperatura massima.

R. B.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Sulla ricerca del glucosio nelle urine. — Al dott. O. C., abb. n. 2363:

La ricerca va sempre fatta aggiungendo poche gocce (da una a cinque) di urina *non diluita* al reattivo di Fehling, già portato ad ebollizione e facendo bollire nuovamente.

La formola del *reattivo di Benedict* è la seguente:

Solfato di rame puro cristallizzato	gr.	17,3
Citrato di sodio (o di potassio) . .	»	173,0
Carbonato di sodio cristallizzato .	»	200,0
Acqua distillata q. b. per	cmc.	1000

In mancanza del carbonato di sodio cristallizzato, si può usare quello anidro, mettendone gr 100.

Si disciolgono il carbonato ed il citrato, a caldo, in 700 cmc. di acqua ed eventualmente si filtra. A parte si discioglie il solfato di rame in 100 cmc. di acqua e si aggiunge alla soluzione precedente agitando continuamente. Si raffredda la miscela e si porta a 1000 cmc. La soluzione si conserva indefinitivamente.

Per l'esecuzione della reazione, si mettono in una provetta 5 cmc. del reattivo e vi si aggiungono 8-10 goccie di urina (non di più), facendo bollire per tre minuti e lasciando poi raffreddare spontaneamente. In presenza di glucosio, si forma un precipitato verdiccio, giallo, rosso, secondo la quantità di glucosio presente; se questo è poco (sotto 0,3 %), il precipitato si forma solo col raffreddamento. Se invece il glucosio è assente, la soluzione rimane perfettamente limpida, oppure si ha un leggero intorbidamento sempre però di colore turchino, dovuto ad urati. Condizione essenziale per la riuscita sono l'uso di poca quantità di urina e l'ebollizione vigorosa e prolungata per tre minuti.

Le sostanze che disturbano la reazione e possono dar luogo a confusione sono la creatinina, specialmente se l'urina è concentrata, i fosfati terrosi, l'acido urico, le basi xantiniche, il peptone, l'acido glicuronico, l'indacano e gli urati. Se poi l'urina contiene albumina, si deve come è noto, dapprima defecare. Nei casi dubbi si possono precipitare acido urico, creatinina, fosfati terrosi e basi xantiniche, mediante 5 cmc. di soluzione di acetato di sodio al 10% facendo poi la reazione sul filtrato.

La superiorità del reattivo di Benedict consisterebbe nel suo effetto solvente sull'ossido cuproso, ciò che ne aumenta la sensibilità e nel fatto di essere solo leggermente ridotto dalla creatinina.

A differenza poi del liquido di Fehling, esso consta di una sola soluzione e si conserva indefinitamente. FILIPPINI.

Varietà del b. tubercolare. — Al dott. C. B. da M.:

Si conoscono parecchie varietà di bacillo tubercolare: umano, bovino, aviario, ittico, sauriano.

I gallinacei non sono recettivi alla varietà umana nè a quella bovina. Viceversa il b. tubercolare di tipo aviario non si riscontra mai nell'uomo.

Il solo mammifero discretamente recettivo a questo germe è il coniglio; il maiale vi è pure recettivo, ma in misura limitatissima (in questo animale l'infezione da tipo aviario, come quella da tipo umano, resta sempre localizzata alle glandole sottomascellari).

Non sussiste nessun pericolo che la tubercolosi possa essere conferita all'uomo dai gallinacei. L. V.

Nelle nefriti. — All'abb. n. 2224-1:

Le dosi terapeutiche di lecitina forniscono minime quantità di fosfati, indifferenti per i reni. Il ferro viene eliminato nella quasi totalità attraverso le vie digerenti. Per questi motivi non esiste controindicazione di sorta all'impiego delle lecitine e dei ferruginosi nelle nefriti.

Non altrettanto può dirsi dell'arsenico, il quale si elimina, sia pure lentamente, con le urine, oltre che attraverso la pelle e le vie digerenti; usato con moderazione giova a migliorare la crasi ematica, altrimenti può attivare i processi flogistici-degenerativi dei reni. L. V.

Al dott. G. P., abb. n. 8465:

Un manuale adatto è il seguente: G. LORIGA: *Il manuale d'igiene ed assistenza sociale ad uso delle scuole medie e delle persone colte.* Croce rossa italiana, Roma 1923. Utili nozioni, esposte in modo assai piano si trovano in: PIPERNO A.: *Salute.* Presso l'Istituto di Igiene e previdenza sociale, Roma. A. Z.

VARIA

Suicidio e stagioni.

È nozione comune che la frequenza dei suicidii è diversa nelle varie stagioni dell'anno. La cronaca dei giornali quotidiani è ricca di racconti di suicidi nel periodo primaverile ed estivo, mentre nell'autunno e nell'inverno tali fatti scarseggiano.

Le statistiche raccolte nei vari paesi hanno dato carattere di precisione a questa impressione fornita dalla cronaca.

Esquirol fu il primo a notare che i suicidi sono più frequenti durante i grandi calori.

Le statistiche di Lombroso danno il massimo a Giugno, cui seguono Maggio, Agosto, Luglio, Aprile e con il minimo in ordine decrescente a Febbraio, Novembre e Gennaio. Lo stesso alienista mise per primo in evidenza la correlazione tra il numero dei suicidi e quello deldell'inizio delle malattie mentali nelle varie stagioni.

Morselli ha notato un massimo in Giugno con decrescenza fino a Dicembre, nel quale si avrebbe il minimo, per poi stabilirsi un'ascesa graduale.

La statistica di Massarotti dà cifre più basse a Febbraio sale gradatamente fino ad Agosto per poi ridiscendere bruscamente fino ad Ottobre. Lo stesso autore sui dati forniti dal Prof. Giannelli, Direttore del Manicomio di Roma, città alla quale si riferiscono anche le statistiche dei suicidi, ha trovato un parallelismo quasi esatto tra l'insorgere della pazzia e

la frequenza delle morti volontarie nei varii mesi.

Il Massarotti deduce dalle sue statistiche l'influenza suicidogena delle temperature eccessive in un senso o in un altro, con prevalenza però del caldo. Questa deduzione gli sarebbe stata confermata dallo esame delle temperature nei giorni nei quali si sono verificati i suicidi. Egli potette così constatare che i suicidi si intensificavano nei giorni in cui vi era il massimo del caldo e del freddo, specialmente se l'elevazione o la diminuzione era brusca o trovavasi isolata fra giornate miti; che un'importanza quasi eguale agli elevamenti ed agli abbassamenti di temperatura hanno le escursioni di essa, cioè la differenza in gradi centigradi tra la temperatura massima e minima giornaliera. Queste condizioni avrebbero una influenza evidente anche sulle manifestazioni dei malati di mente: gli psicopatici, i neurotici nei giorni precedenti alla elevazione od abbassamento brusco di temperatura, nelle giornate di venti e tempeste, mostrerebbero accentuati i loro sintomi, talora ne presenterebbero nuovi. Del resto anche in persone normali in tali periodi si ha un senso di malessere indefinito, un'alterazione della cenestesi.

Un notevole interesse hanno le statistiche e le considerazioni di Willy Hellpach, pubblicate nel volume *Geopsychische Erscheinungen*, ora giunte alla terza edizione.

Tali statistiche raccolte in Germania ed in Francia sono molto persuasive perchè raccolte su un larghissimo materiale.

La linea della frequenza delle morti volontarie nei varii mesi si avvicina molto a quella di Morselli. Il minimo si ha in Gennaio, segue un'ascesa lenta in Febbraio e Marzo, un'altra ascesa notevole e brusca in Aprile che si accentua in Maggio e Giugno, mese nel quale si ha la massima altezza; segue una discesa che raggiunge gradualmente il punto più basso a Dicembre.

Questa statistica dimostra che nella stagione invernale la frequenza dei suicidi è la più bassa e che non subisce alcuna recrudescenza, il che fa escludere la influenza suicidogena del freddo.

La linea indicante il numetro delle ammissioni nei manicomi segue quasi la stessa ondulazione di quella dei suicidi avendo anche il punto più alto in Giugno ed il più basso in Novembre.

Fatto molto interessante: le statistiche pubblicate dallo stesso Hellpach danno un'analogia di compartamento tra la linea indicante il numero delle concezioni nei vari mesi, il decorso della intensità dell'estro erotico umano nelle varie stagioni dell'anno, e la linea dei suicidi.

Esiste dunque una relazione fra le condizioni della funzione sessuale ed il numero dei suicidi. L'analisi delle cause di suicidi dimostra che nei mesi invernali prevalgono i suicidi motivati da dissesti finanziarii o da altre cause che non siano erotiche, mentre in primavera ed in estate l'amore è la causa suicidogena prevalente.

Sono le stesse cause ambientali o periodali che determinano l'accentuarsi dell'appetito sessuale quelle che inducono un maggior numero di uomini alla morte volontaria?

O è il fattore sessuale che attraverso elementi puramente psicologici o perturbazioni endocrine provoca l'alterazione psichica che induce al suicidio?

Non è facile la decisione. Certo è che il ridestarsi periodico dell'appetito sessuale, che si verifica nella stagione primaverile ed estiva iniziale, coincide con un aumento del numero dei suicidi.

La tendenza alla morte degli amanti, la offerta della vita al più giovine e capriccioso degli Dei è stata notata fin da tempi antichissimi, e la letteratura di ogni tempo e di ogni popolo è ricca di spunti in tal senso.

È l'istinto di conservazione che si annulla di fronte a quello prevalente della riproduzione. In molti animali l'esempio più tipico è dato dalle api, l'assolvimento della funzione sessuale, coincide con la morte del maschio.

Non senza un profondo senso naturalistico il poeta del dolore accomunava l'amore e la morte.

La dottrina psicanalitica accanto agli istinti della vita, che si identificano con il sesso ammette gli istinti della morte, che hanno con i primi correlazione antagonista. Si tratta di una specie di impulso primitivo insito alla sostanza vivente, un impulso a ritornare all'inanimato, all'inorganico.

Vi sarebbe nell'essere vivente una specie di forza d'inerzia in contrapposto agli istinti di conservazione e di perfezionamento dell'individuo, che determina in un ritmo perpetuamente continuato una lotta tra l'organico e l'inorganico, tra la natura viva e la morta. Questo principio di inerzia si trova alla base di parecchie esperienze umane, nella tendenza alla lotta, ai giuochi ed avventure pericolose, nella tendenza alla guerra. Diventa più forte quando l'istinto antagonista, quello della riproduzione, si ridesta e diventa più vivace. Per questa rivivescenza dell'impulso alla morte i suicidi diventerebbero più frequenti nelle stagioni dell'anno nelle quali gli istinti sessuali sono più prepotenti.

argo.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

L'autonomia degli Ordini dei sanitari.

Il decreto 30 dicembre 1923, n. 2889, ha vulnerato profondamente l'autonomia degli Ordini dei sanitari.

L'art. 8 della legge 10 luglio 1910 aveva affidato al Consiglio amministrativo la tutela «del decoro e della *indipendenza* dell'Ordine» e la repressione disciplinare degli abusi e delle mancanze concernenti l'esercizio professionale «salve, in ogni caso, le altre disposizioni di ordine disciplinare e punitive contenute nelle leggi e nei regolamenti in vigore».

Fu una conquista, e fu un riconoscimento sopra tutto morale, questa forma di controllo esercitato dalla rappresentanza elettiva dei sanitari iscritti all'Ordine.

Fu anche un provvedimento di saggezza la personificazione giuridica, con volontà autonoma, di un ceto di liberi professionsti, che esplicano attività d'interesse sociale altissimo, sono stretti da un interesse comune di valorizzazione morale, ed hanno una tradizione nobilissima di decoro e di sensibilità ai più delicati doveri di solidarietà umana.

Dall'esperienza di oltre un decennio non sono derivati inconvenienti valutabili.

Ma il decreto 30 dicembre 1923 ha disposto: «Il *Prefetto* esercita la sua sorveglianza su *tutto l'andamento* e funzionamento degli Ordini e, in caso di urgenza, invia apposito Commissario presso gli Ordini stessi, che non possano per qualsiasi motivo funzionare.

I Consigli amministrativi degli Ordini possono essere *sciolti* quando siano accertate gravi irregolarità nel funzionamento amministrativo o contabile dell'Ordine o quando, nonostante gli inviti rivolti, persistano a violare gli obblighi loro imposti per legge *o svolgano attività che comunque possano turbare il regolare andamento dei pubblici servizi sanitari*».

Un limite formale è stabilito al potere del Prefetto: ma l'apprezzamento dei motivi è incensurabile; quindi, la efficacia del limite è assai relativa.

Se pure un rimedio fosse praticamente possibile contro eventuali sviamenti o esorbitanze, il tentativo sarebbe vano anche perchè gli effetti concreti sarebbero realizzati normalmente a cose fatte.

Soggiunge il decreto: «Quando il Consiglio Amministrativo dell'Ordine non provvede all'applicazione delle sanzioni disciplinari direttе a reprimere gli abusi e le mancanze di cui i sanitari liberi esercenti iscritti nell'*albo si rendessero colpevoli nell'esercizio professionale, provvede il Prefetto*, sentito il Consiglio Provinciale di Sanità».

Si tratta di valutare azioni od omissioni in rapporto alle norme non scritte di deontologia professionale e a doveri di solidarietà umana e di probità inerenti all'esercizio di attività libere; fuori di questo campo sono efficaci le norme punitive comuni, che la legge fa salve.

Si verifica, dunque, questa situazione: l'ente, che ha interesse di tutelare il decoro dell'Ordine anche e specialmente di fronte agli abusi dei singoli, e che dei doveri professionali ha consapevolezza e sensibilità, considera lecita un'azione o un'omissione; il Prefetto, invece, organo politico e amministrativo, può sostituire il suo giudizio incompetente a quello della rappresentanza dell'Ordine e, col solo obbligo di sentire, ma non di seguire in ogni caso, il parere del Consiglio provinciale di sanità, può punire disciplinarmente un libero professionista.

Questa forma di ingerenza di un organo politico nel campo delle libere attività professionali è, anzitutto, teoricamente irrazionale: per essa può prevalere la volontà di un organo che, per mentalità del funzionario prepostovi, per consuetudine di ufficio e di lavoro, per dipendenze o sia pure per semplici considerazioni politiche o, peggio, di partito, è meno atto o è inadatto a giudicare in contrasto con la valutazione fatta da professionisti distinti, eletti dall'assemblea degli Ordini.

Praticamente, poi, questo stato di soggezione di un ente — costituito per legge al fine di tutelare la *indipendenza* dei sanitari liberi esercenti — da un organo politico e di polizia, vulnera *essenzialmente* l'autonomia degli Ordini, cioè la ragione stessa della esistenza di essi e può essere fonte di eccessi.

È necessario riconoscere che, non soltanto l'autonomia, ma la dignità e il prestigio degli Ordini sono diminuiti e compromessi da questo provvedimento, non bene considerato e determinato forse dalle preoccupazioni paternalistiche, che caratterizzano la mentalità della burocrazia centrale.

L'autonomia degli Ordini degli avvocati ha più lunga tradizione: forse anche per ciò la elaborazione delle riforme della legge 8 giugno 1874 non tende a pregiudicarla.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

Queste osservazioni ci sono sembrate doverose almeno per rivendicare teoricamente, in difesa delle autonomie degli enti istituzionali, un principio che è condizione e presupposto di qualsiasi ordinamento vitale e di sviluppi progressivi. *g. s.*

Per i malarici di guerra.

In seguito a un'interrogazione dell'on. Insabato, concretata con il rappresentante della Delegazione di Sicilia, Calabria e Basilicata dell'Associazione nazionale malarici di guerra, Giuseppe Frisella Vella, relativa ai malarici di guerra, il sottosegretario alla Presidenza del Consiglio, on. Suardi, ha così risposto:

« In relazione al vivo interessamento da te spiegato per la sorte dei malarici di guerra mi occorre informarti che da vario tempo la Presidenza del Consiglio ebbe ad esaminare con la maggiore premura e con ogni diligenza i vari memoriali ad essa pervenuti da talune Delegazioni dell'Associazione nazionale dei malarici predetti.

Come fu ampiamente esposto nelle lettere della Presidenza del Consiglio ai Prefetti di Torino e di Palermo, la concessione dello speciale distintivo per i feriti di guerra ai malarici non può essere accordata in base alle vigenti disposizioni, le quali prescrivono che possono fregiarsene unicamente gli ex-combattenti che riportarono ferite interessanti tessuti, ossa, organi cavitari e lesioni o infermità dipendenti direttamente da mezzi di offesa o di difesa del nemico. La questione si riferisce anche ad altre malattie contratte in servizio di guerra.

L'attribuzione della qualità di invalidi di guerra va fatta in base alle vigenti leggi ed anche, perciò, a quei malarici che sono divenuti inabili al lavoro proficuo o si trovano menomati in grado notevole nella loro capacità al lavoro, previ accertamenti dal Collegio medico di primo grado.

E' noto infatti che il diritto della pensione non nasce dal semplice fatto della infermità, ma dal grado di minorazione fisica residuata, e non sarebbe possibile seguire altro criterio.

Per l'assegnazione della pensione senza ritardo, la Presidenza ha già interessato la Direzione Generale delle Pensioni di guerra e vigilerà anche in seguito perchè la definizione delle pratiche individuali avvenga con la maggiore sollecitudine possibile.

Premuroso interessamento ha del pari spiegato la Presidenza del Consiglio, e me ne occuperò ancora io personalmente, perchè a favore dei malarici di guerra siano disposti dagli organi e dagli enti competenti tutti i possibili provvedimenti di assistenza curativa, *che non debbono ritenersi cessati con la cessazione della speciale campagna antimalarica.*

Sono certo che vorrai confidare nell'assicurazione delle mie più fervide premure a favore di una categoria di combattenti che ha ben meritato dalla Patria e che il Governo tiene nella maggiore considerazione ».

QUESTIONI PRATICHE.

LVII. — È necessario disciplinare saggiamente il periodo di prova dei sanitari condotti.

« L'art. 32 del testo unico delle leggi sanitarie, per il licenziamento del medico condotto per fine del periodo di prova altra condizione di termini non prescrive se non quella che il licenziamento deve essere deliberato almeno tre mesi prima della scadenza del biennio. In mancanza di una prescrizione positiva della legge, la quale determini il minimo del periodo di tempo della prova effettiva che deve precedere la disdetta, non può essere lecito fissare arbitrariamente termini perentori e l'unica limitazione che deve ragionevolmente richiedersi è quella che il Comune ravvisi congrua per il giudizio della popolazione l'opera del sanitario ».

Così ha deciso la IV Sezione del Consiglio di Stato con sentenza 3 maggio 1924, n. 238. Ma questa statuizione è discutibile, specialmente se intesa in senso assoluto.

Qualora, per circostanze lecite verificatesi nel corso del biennio o specialmente per eccessiva anticipazione della deliberazione di licenziamento, il Comune formuli il giudizio in base a breve periodo di esperimento, la deliberazione non sarà viziata da violazione di legge, perchè questa non stabilisce espressamente un minimo di tempo prima del quale il licenziamento per fine del periodo di prova non sia possibile, ma può verificarsi un caso di eccesso e di sviamento di potere. La situazione, quindi, deve essere considerata da questo punto di vista di illegittimità — che, per altro, non è essenzialmente pregiudicato dalla decisione sopra riferita — piuttosto che da quello della violazione di legge.

Ma, guardando attentamente oltre il caso deciso, risulta sempre più evidente la necessità di difendere i diritti dei sanitari nel periodo di prova. Già rilevammo che, per essi, il licenziamento può essere deliberato *senza motivazione*, mentre per *tutti* gli altri impiegati comunali è espressamente stabilito dal decreto 30 dicembre 1923, che riforma la legge comunale e provinciale, *l'obbligo della motivazione espressa.*

Questa eccezione, che espone i sanitari condotti all'arbitrio dei Comuni, è illogica e assurda.

Occorre insistere perchè siffatta anomalia sia corretta dal regolamento.

La giurisprudenza, d'altra parte, ha esteso largamente la possibilità di provvedimenti arbitrari.

Disse prima che il licenziamento per fine del periodo di prova può essere determinato da ragioni d'ordine amministrativo: risoluzione non giuridica, perchè la causa del licenziamento e quindi dell'esercizio del potere consiste nella *prova* fatta dal sanitario; ma statuirono, almeno, le prime sentenze che le necessità amministrative dovettero dipendere da riforme *in atto, definite*, controllabili e tali da legittimare il licenziamento, in quanto la stabilizzazione del rapporto sarebbe stata di ostacolo alla riforma.

Poi fu modificata questa risoluzione nel senso che basta un accenno generico ad una ragione d'ordine amministrativo, senza che una riforma sia almeno disegnata, perchè il licenziamento sia legittimo. Così fu ampiamente aperta la via che conduce all'arbitrio.

Recentemente si è presentato questo caso: il Comune di Formello licenziò il medico condotto, per fine del periodo di prova, avendo il Sindaco dichiarato che questo atto era opportuno per rendere possibile la riforma voluta dal decreto 27 maggio 1923, tanto più — soggiunse un consigliere — che lo stesso medico condotto avrebbe potuto partecipare al concorso.

L'interessato oppose che il decreto 27 maggio rendeva possibile qualsiasi riforma (riduzione di stipendio, soppressione di indennità, ecc.) specialmente perchè, nel caso in esame, si trattava di condotta unica, e quindi la stabilità non sarebbe stata di ostacolo a qualsiasi riforma astrattamente ipotizzabile.

Ma la IV Sezione ha trovato modo di dire che non risultava un nesso necessario fra la motivazione illegale e il provvedimento!

La legge da una parte, la giurisprudenza dall'altra hanno praticamente annullato o quasi le garanzie dei diritti dei sanitari in prova; questa è la realtà.

Si pensi alle spese e alle difficoltà dei concorsi, agli spostamenti di famiglie — talvolta numerose — e di interessi, per effetto della nomina e dell'assunzione dell'ufficio in Comuni spesso lontani: è equo, è giusto che, dopo tanti sacrifici, un sanitario, che ha trasferito la sua famiglia e la sua attività in altro Comune, sia esposto all'arbitrio più incontrollabile, senza alcuna garanzia?

Si consideri la posizione anche dal punto di vista strettamente giuridico. Il concorrente è dichiarato tecnicamente idoneo; per effetto della nomina, si costituisce un rapporto giuridico bilaterale: è lecito, è giusto che una delle parti, sia pure amministrazione pubblica, possa rompere il vincolo, licenziare il sanitario senza indicazione di motivi, e quindi, eventualmente, anche per mero arbitrio, e possa aggiungere lo scherno della possibile partecipazione al nuovo concorso, come se si trattasse di ripetere una gara sportiva di tiro a segno?

È necessario porre un freno e un limite ad eccessi così assurdi. Ma, allo stato della legge e delle tendenze giurisprudenziali, poco è da sperare da un'applicazione più rigorosa e saggia delle norme in vigore.

Occorre che provveda il regolamento a disciplinare adeguatamente il periodo di prova e a sottrarre il sanitario condotto all'arbitrio e all'ironia.

È da rilevare, infine, che la minaccia del licenziamento... incontrollabile, è talvolta un mezzo di pressione per ottenere rinunzie e condizioni diverse e meno favorevoli di quelle che furono stabilite e rese pubbliche per incitare alla partecipazione al concorso.

Il caso è deplorevole, ma non è purtroppo raro.

LVIII. — Revisione delle nomine posteriori al 24 maggio 1915.

Il R. D. 27 maggio 1923, n. 1177, estende agli impiegati degli enti locali il decreto 28 gennaio 1923, n. 153, per la parte riguardante la revisione delle assunzioni e sistemazioni degli impiegati fatte posteriormente al 24 maggio 1915. Il Comune di Livorno, però, licenziò un impiegato, in applicazione del decreto 28 gennaio, prima che entrasse in vigore il decreto 27 maggio. Ma la IV Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 6 giugno 1924, n. 390, ha annullato quel provvedimento considerando che la revisione delle nomine non era consentita agli enti locali anteriormente al citato decreto 27 maggio 1923 perchè il decreto 28 gennaio riguardava esclusivamente gli impiegati dello Stato.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Nuovo Capitolato per i sanitari comunali della provincia di Roma.

Il rappresentante del prefetto di Roma avvocato comm. Ballero, il medico provinciale prof. comm. Sirleo, il presidente dell'Ordine dei medici dott. prof. Gallenga e il segretario del Sindacato provinciale fascista dott. Nicola Trulli, hanno raggiunto l'accordo sui capisaldi del nuovo capitolato per i medici condotti della provincia di Roma.

Tali capisaldi, che dovranno avere l'approvazione della G. P. A., sono riuniti in diversi articoli che saranno comunicati a tutti i fiduciari della provincia.

Si sono stabiliti i minimi di stipendi con le addizionali, gli aumenti quadrennali anche per i sanitari anziani, l'obbligatorietà dell'ambulatorio con la relativa indennità, l'obbligatorietà di un mese di permesso straordinario ogni quattro anni a carico del Comune per l'allenamento del medico condotto nelle cliniche e negli ospedali.

Per i congedi, permessi, licenze per malattie ed aspettative il trattamento dovrà essere uguale a quello degli impiegati comunali.

Per i medici condotti che abbiano compiuto almeno 15 anni di servizio i Comuni potranno concedere l'integrazione della pensione.

In seguito ad una circolare di questi giorni del ministero dell'Interno per ora rimane l'elenco unico fino a quando non si addiverrà alla compilazione di un regolamento.

I su esposti principii fondamentali obbligatori concordati formeranno il cardine per la compilazione di un capitolato tipo che redigerà l'Ufficio Sanitario Provinciale e che servirà di guida a quei Comuni che lo richiederanno.

Sono stati fissati anche gli stipendi per gli ufficiali sanitari e per le levatrici.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

Continuazione vedi fasc. 33).

	Lire
Dott. Tosone Giacomo, Salerno	15
Dott. Staibano Emilio, id.	10
Dott. Alfinito Giuseppe, id.	10
Dott. Capone Alberto, id.	10
Dott. Manganella Francesco, id.	15
Dott. Luciani Giuseppe, id.	15
Dott. Guglielmi Guglielmo, id.	25
Dott. Zarra Nicola, id.	20
Dott. Pestrelli Raffaele, id.	10
Ten. M. Scala Enrico, id.	70
Dott. Caterina Eugenio, id.	10
Dott. Pepe Guglielmo, id.	30
Dott. Garibaldi P., id.	20
Ten. M. Vitale Nicola	35
Dott. Greco Raffaele, Salerno	10
Dott. Pane Domenico, id.	10
Dott. Talarico Achille, id.	26
Dott. Giordano Matteo, id.	15
Dott. Conforti Michele, id.	25
Dott. Oricchio Ginnio, id.	10
Cap. De Martino Roberto	58.20
Dott. Cafaro cav. Salvatore, Cava dei Tirreni	15
Dott. Spolidoro, id.	10
Dott. Marcalo Guglielmo, id.	5
Dott. Di Domenico Guzmann, id.	10
Dott. Salsano Gaetano, id.	50
Dott. De Pisapia Felice, id.	10
Dott. Monica Carmine, id.	15
Dott. Galdi Raffaele, id.	10
Dott. Casillo Nicola, id.	15
Dott. Benincasa Vincenzo, id.	5
Dott. Pisapia Giovanni, id.	20
Dott. Salsano Tommaso, id.	10
Cap. M. Sacco Rosario	60.10
Magg. M. Picone Bartolomeo	100
Gen. M. Talarico Bonifacio	50
S. Ten. M. Campana Antonio	24.75
Cap. M. Scaleri Salvatore	35.55
Cap. M. Musso Pasquale	48.25
Prof. Orsi Giovanni, Napoli	50
Prof. Castellino on. Pietro, id.	200

(Continua).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BORMIDA (Genova). — L. 6000, oltre L. 300 uff. san., L. 1200 trasp., L. 1200 c. v. Scad. 30 sett.

COSENZA. *Ospedale Civile.* — Chirurgo-aiuto incaricato del gabinetto d'indagini cliniche. Scadenza 15 settembre. Documenti di rito e titoli comprovanti la competenza del candidato nelle due branche richieste.

LECCE. *Congregazione di Carità.* — Volendosi rimettere in funzione il gabinetto batteriologico dell'Ospedale, si accettano domande per assumerne la direzione alle condizioni di cui nel capitolato esistente nella Segreteria.

LODI. *Consiglio degli Ospedali.* — Medico primario; vedi fasc. 34. Scad. ore 16 del 25 settembre.

MAGLIANO SABINO (*Roma*). — A 30 giorni dal 5 agosto; 1ª condotta (città), con piccola zona della 2ª (campagna: mezzo di trasp. fornito dal Comune). L. 6000 residenziali, con 3 quinquenni decimo; nessuna indenn. c.-v.; L. 500 uff. san.

MONTEPULCIANO (*Siena*). — Al 10 sett., per Abbadia e Gracciano; L. 6500 per 500 prov.; addizion. L. 150 ogni 100 prov. o frazione di 100 in più; L. 4000 trasp.; c.-v.; 8 trienni ventesimo. Età lim. 30 (*sic*). Residenza entro 15 gg. (*sic*). chiedere annunzio.

NOVI LIGURE (*Alessandria*). *Ospedale di S. Giacomo.* — Medico e chirurgo primari; vedi fasc. 34. Scad. 30 sett.

PARMA. *Ospizi Civili.* — Cinque assistenti effettivi nell'Ospedale Maggiore: 2 per le Divisioni med., 2 per le chirurg. e 1 per il Riparto Tubercolotici e il Riparto Infettivi. Laurea da non oltre tre anni, purchè non si sia prestato servizio stabile di assistente in detto Ospedale od altri. Titoli ed esami. L. 4500 oltre c. v. in L. 1800, diaria di L. 20 per ogni guardia, quota parte tasse di cura e operaz., alloggio, vitto nei giorni di guardia; all'ultimo indicato dispensa dalle guardie, vitto giornal. e indennità spec. di L. 600. Docum. all'Ammin. prima delle ore 16 del 15 settembre. Specchietto esami. Età lim. 35. Ufficio entro 15 giorni. Nomina e conferma annue. Chiedere annunzio.

VIVARO (*Udine*). — Scad. 10 settembre. Stip. 7500; ind. trasp. 2500; uff. san. 500; doppio c.-v.; alloggio e orto gratuito; abit. 2211. Richiedere chiarimenti Segreteria Comunale.

VOLTIDO (*Cremona*). — L. 7800 aumentabili a lire 11,200; per uff. san. L. 300; per bicicl. L. 200 (*sic*). Ab. 1298. Scad. 20 sett.

Cerco collega disposto sostituirmi mese settembre. Rivolgersi dott. Garberini - Vitorchiano (Roma).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il dott. Mario Collina, della Direzione Generale di Sanità Pubblica, è stato recentemente promosso al grado di Ispettore generale.

Congratulazioni cordiali al nostro solerte e valente collaboratore.

Il dott. prof. Petrilli G. Luigi, allievo dell'illustre senatore Novaro e libero docente in patologia spec. chirurgica presso la R. Università di Genova, è stato con decreto ministeriale in data 1° luglio u. s. nominato, in seguito a concorso, per titoli nel quale egli risultò primo assoluto su 36 concorrenti, direttore e chirurgo primario dell'Ospedale Civile di Derna (Cirenaica). Rallegramenti.

NOTIZIE DIVERSE.

Missione malariologica internazionale.

La Missione malariologica di cui demmo già notizia nel fasc. 32, nominata dal Comitato d'igiene della Società delle Nazioni per studiare l'incidenza della malaria nei paesi dell'Europa orientale e meridionale e proporre i rimedi relativi, composta di eminenti studiosi, è giunta a termine del suo viaggio in Italia, ove i dati da essa raccolti verranno elaborati in una relazione.

Il 21 agosto la Missione venne ricevuta presso il nostro Consiglio Superiore di Sanità. Alla cerimonia erano presenti molti dei nostri più eminenti malariologi e altre spiccate personalità; facevano gli onori di casa i funzionari della Sanità.

Parlarono il dott. Messea, nuovo direttore generale della Sanità, il sen. Marchiafava, presidente del Consiglio Superiore, il quale annunziò un Convegno internazionale di malariologia organizzato a Roma per la prossima primavera, il dott. Lutrario, presidente della Missione, e il prof. Léon Bernard, in nome dei colleghi stranieri. Il Bernard mise in luce i progressi compiuti dall'Italia nel campo sanitario; in particolare rilevò che l'Italia ha fatto molto progredire le nostre conoscenze sulla malaria e sui mezzi per difendersene: a tale riguardo l'oratore mandò un plauso ai malariologi italiani presenti ed al sen. Grassi, assente. Salutò, infine, Roma quale madre ideale della Società delle Nazioni.

Dopo la cerimonia fu servito un sontuoso rinfresco.

Corso di perfezionamento in Igiene.

Si terrà nell'Istituto d'Igiene di Palermo, a partire dal 15 ottobre, per aspiranti alla carica di ufficiale sanitario; vi sono ammessi laureati in medicina, veterinaria, chimica, chimica-farmacia e scienze naturali; tassa di L. 300; per l'uso del microscopio (qualora non se ne sia provvisti) L. 50. Si terrà conto dell'ordine di presentazione delle domande.

Certificati medici per i conducenti di autoveicoli.

Il «Nuovo Regolamento sulla circolazione di tutti i veicoli sulle strade ed aree pubbliche» all'art. 51 comma 3° dà le seguenti disposizioni per il rilascio di certificati medici ai conducenti di autoveicoli:

(*omissis*) — 3° Certificato di un medico militare o di un ufficiale sanitario, con firma legalizzata e di data non anteriore a 3 mesi, dal quale risulti: che il richiedente non sia affetto da malattie fisiche o psichiche e non presenti deficienze organiche di qualsiasi specie che gli impediscano di condurre con sicurezza un autoveicolo;

che non presenti sintomi di intossicazione alcoolica;

che possieda il *visus* complessivamente non inferiore a *quattordici decimi* (tavola di Snellen) purchè da un occhio non inferiore a cinque decimi, ottenuto anche con correzioni di lenti;

che percepisca la voce di conversazione ad almeno metri otto di distanza da ciascun orecchio.

È in facoltà del Circolo di sottoporre il richiedente prima dell'esame a visita di verifica da parte di un medico nominato di ufficio ed a spese del richiedente medesimo.

A titolo di eccezione possono venire ammessi all'esame di idoneità anche i monocoli che posseggano un *visus* dell'occhio non inferiore ad otto decimi.

Non corrispondendo i certificati alle predette disposizioni, che attualmente sono già in vigore, verranno senz'altro respinti.

Nomina a sottotenente medico di complemento.

La *Gazzetta Ufficiale* del 9 agosto, n. 187, pubblica il R. D. 3 giugno 1924, n. 1216, concernente la nomina degli aspiranti medici a sottotenente di complemento.

Art. 1. — Gli aspiranti medici, che, alla data del 31 dicembre 1923, abbiano conseguito la laurea in medicina e chirurgia, saranno nominati sottotenenti medici di complemento, purchè alla data stessa non abbiano superato il 39° anno di età.

Potranno ottenere la nomina a sottotenente medico anche gli aspiranti medici laureati in medicina e chirurgia, che al 31 dicembre 1923 abbiano superato il 39° anno di età, purchè ne facciano domanda entro sei mesi dalla data di pubblicazione del presente decreto. Essi saranno inscritti nei ruoli degli ufficiali di complemento o di riserva, a loro scelta, osservata tuttavia la condizione di cui all'art. 6 del R. decreto 30 dicembre 1923, n. 2997.

Art. 2. — Le nomine a sottotenente medico di complemento o della riserva, di cui al precedente articolo, saranno effettuate con anzianità 1° gennaio 1924.

Art. 3. — Le disposizioni del 1° comma dell'art. 1 del presente decreto saranno applicate anche agli aspiranti medici che avranno conseguito la laurea

in medicina e chirurgia posteriormente al 31 dicembre 1923. La loro nomina a sottotenente medico di complemento sarà affettuata con anzianità di grado corrispondente al primo giorno del mese successivo a quello del conseguimento della laurea.

Art. 4. — Gli aspiranti medici che non conseguano, in base alle precedenti disposizioni, la nomina a sottotenente medico di complemento o della riserva, saranno dispensati, con determinazione Ministeriale, da ogni obbligo di servizio militare col 31 dicembre dell'anno in cui compiranno il 39° anno di età, od anche prima nel caso di riconosciuta inabilità fisica al servizio militare.

Quelli di essi che avessero già superato tale limite di età saranno dispensati da ogni obbligo di servizio militare dalla data di pubblicazione del presente decreto.

Art. 5. — I sottotenenti di complemento o della riserva nominati in forza del presente decreto saranno dispensati dal prestare il prescritto periodo di servizio di prima nomina.

Art. 6. — La legge 29 novembre 1923, n. 2591, è abrogata.

TOMMASO DE AMICIS.

Tommaso De Amicis, il decano dei dermatologi italiani, già direttore della Clinica dermosifilopatica di Napoli, scienziato e maestro insigne, moriva giorni or sono più che ottantenne tra il compianto unanime di quanti lo conobbero personalmente o solo per fama, e, si può dire, di tutta la popolazione napoletana in mezzo alla quale era popolarissimo.

Benchè da molto tempo avesse lasciato l'insegnamento e trascorresse gli ultimi suoi anni nel riposo, a cui gli dava diritto una lunga esistenza di lavoro e d'incomparabile attività scientifica e professionale, e nell'affetto della sua adorata famiglia, Egli non era un dimenticato: tutt'altro! Si può dire anzi che non vi fosse alcun congresso o riunione di dermatologi in cui, per una ragione o per l'altra, il suo nome non ricorresse a cagion di onore, e non fosse rievocata la sua eminente figura di scienziato e di maestro.

Nato da cospicua famiglia di Alfedena in Abruzzo, primo di una schiera di valorosi fratelli, di cui ciascuno ha stampato un'impronta indelebile della propria attività nobilmente spesa, o nelle armi, o nella scienza, o nella politica. Egli riassumeva le qualità dei suoi conterranei che dall'asprezza dei loro monti degradanti sino alle dolci marine dell'Adriatico ritraggono la fierezza e la lealtà del carattere associata ad innata cortesia ed espansività di modi.

Allievo del collegio medico di Napoli negli ultimissimi anni della dominazione borbonica, il suo nome è ricordato dallo storico R. De Cesare fra quei giovani animosi i quali prepararono la celebre rivolta contro l'odiato rettore Caruso: prima scintilla della rivoluzione liberale che di lì a pochi mesi doveva scuotere dalle fondamenta la secolare tirannia e far riunire finalmente l'antico Regno alla grande Madre Italiana.

Dedicatosi poscia agli studi, dopo intenso tirocinio compiuto specialmente col Tanturri, che era suo conterrano e di cui fu scolaro prediletto ed assistente, i suoi lavori scientifici lo misero presto in prima linea fra le giovani speranze della Dermatologia Italiana. Le speranze non furono deluse perchè, alla morte del Maestro, fu chiamato a succedergli nella Cattedra, avendo emulo il compagno di studi ed abruzzese anche lui, Roberto Campana, col quale peraltro, malgrado le antiche rivalità, mantenne di poi sempre consuetudine di amicizia fraterna sinceramente ricambiata: esempio questo di nobiltà di animo e di elevatezza di sentire che merita certo di essere additato.

È inutile ricordare l'opera di T. De Amicis quale clinico ed insegnante poichè essa è consacrata dalle numerose generazioni di studenti educati alla sua scuola, dalle infinite pubblicazioni sue e dei suoi allievi e dai nomi di quelli fra i suoi antichi assistenti e collaboratori che, seguendo le orme e le tradizioni del Maestro, emergono ora nell'insegnamento universitario e nell'esercizio professionale.

La sua lunga ed onorata carriera scientifica ebbe il degno coronamento nel congresso internazionale di Dermatologia e Sifilografia, tenutosi in Roma nel 1912, alla cui presidenza Egli per unanime designazione fu chiamato e nel quale raccolse gli omaggi e le felicitazioni dei più eminenti colleghi convenuti da ogni parte del mondo.

Con lodevole pensiero il comitato ordinatore propose ed ottenne che il residuo attivo dei fondi raccolti per il congresso fosse destinato alla fondazione di un premio biennale per l'incremento delle discipline dermosifilografiche e venisse intitolato al nome di Tommaso De Amicis. Questo premio, amministrato ora dalla Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia, che recentemente proprio a questo scopo veniva eretta ad ente morale, ricorderà per sempre alle venture generazioni di studiosi, il nome di un uomo così benemerito della scienza e dell'insegnamento.

Senatore del Regno, presidente per due volte della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia, membro di numerose Accademie nazionali e straniere. T. De Amicis conservò sempre, pure in mezzo a tanti onori e distinzioni, affabilità di modi e maniere cortesi, da vero gentiluomo di razza, con quanti lo avvicinavano. Fu sua caratteristica anzi, coadiuvato in questo da tutta la sua distintissima famiglia, la signorile ospitalità largamente esercitata nella sua casa di Napoli, piena di ricordi e di opere di arte raccolte specialmente nell'Abruzzo natio.

Ai suoi cari, nell'ora dolorosa del distacco, siano di qualche conforto alla irreparabile perdita, il cordoglio unanime che accompagna nella tomba le spoglie del loro capo venerato e l'esempio non perituro, che Egli lascia, di una lunga esistenza dedicata unicamente agli studi, al sollievo dei malati ed al culto delle più nobili idealità.

VINCENZO MONTESANO.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali (S). L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXXI Roma, 8 Settembre 1924 Fasc. 36

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI CATANIA
diretto dal prof. R. FELETTI.

Lo stovarsolo nella cura della malaria. Nota preventiva.

Proff. F. VALENTI, aiuto,
e A. TOMASELLI, assistente.

Dietro suggerimento del nostro Maestro prof. R. Feletti abbiamo provato lo stovarsolo (1) nella cura della malaria, servendoci di due malati delle nostre Sale di Clinica Medica. I risultati molto incoraggianti vogliono essere in questa breve nota esposti, perchè altri si occupi dell'argomento, siccome noi stiamo facendo.

Il primo dei due malati, un giovane di 18 anni era affetto da accessi febbrili a tipo quartanario, che, con monotona insistenza, si ripetevano da circa un anno e a troncare i quali non era bastata una cura chinacea intensa e prolungata. Il paziente faceva notare un marcato tumore splenico, che raggiungeva col suo margine inferiore la ombelicale trasversa, e all'esame del sangue numerosi plasmodii della quartana. Aspettammo che si manifestassero in Clinica due accessi di febbre per fissarne il tipo; e, subito dopo, iniziammo la cura dello stovarsolo alla dose di una pastiglia il 1° giorno e di due pastiglie nei giorni successivi somministrate giorno per giorno, prima della febbre, colle stesse modalità di somministrazione del chinino nella malaria. Dopo un solo accesso febbrile successivo all'inizio della cura, la febbre fu troncata ed attualmente non si è ripresentata da oltre un mese, sebbene lo stovarsolo sia stato sospeso dopo undici giorni di cura, cioè da oltre venti giorni. Il reperto dei parassiti malarici nel sangue diventò negativo dopo sei giorni di cura, la milza andò gradatamente riducendosi in volume e la crasi sanguigna migliorò notevolmente.

L'altro malato è un giovanetto di 15 anni, che verso la seconda metà di aprile fu assalito da accessi febbrili a tipo terzanario, che, malamente curate a casa, spinsero il paziente,

(1) Lo stovarsolo è il preparato 190 di Fourneau ed è acido acetil-amino-ossifenil-arsenico.

dopo circa un mese dallo inizio della malattia, ad entrare in Clinica. Qui si constatò un notevolissimo tumore di milza, che oltrepassava di alcuni centimetri la linea ombelicale trasversa, ed uno stato di discreta anemia. La febbre però era assente per quanto nel sangue fosse presente il plasmodium vivax. Per venti giorni il paziente non ebbe febbre, ma al 21° giorno si manifestò un forte accesso febbrile, a cui ne seguirono, a giorni alterni, un secondo ed un terzo, e quest'ultimo anzi assai elevato. Per arricchire il sangue di parassiti malarici si fecero passare questi accessi febbrili senza chinino e senz'altra cura; ed immediatamente dopo il terzo accesso si iniziò l'uso dello stovarsolo, col quale, dopo un successivo e poco elevato accesso febbrile, non si ebbe più febbre. Il medicamento, dato alla dose di una pastiglia il 1° e il 2° giorno, di due pastiglie al 3° e al 4° e di una pastiglia al 5°, fu dopo di questo giorno sospeso. I parassiti malarici scomparvero ben presto dal sangue circolante e la milza si ridusse di volume anche più rapidamente che nel 1° caso.

In queste due nostre osservazioni cliniche vanno notate la sorprendente rapidità con cui gli accessi febbrili vennero troncati e regredirono tutti gli altri fenomeni della malaria; la tenuità della dose di stovarsolo occorrente per ottenere i suddetti risultati; la perfetta tolleranza del farmaco. Tali fatti rendono interessanti queste osservazioni, che noi vorremmo suffragate da ulteriori e più numerosi esperimenti.

Catania, 23 giugno 1924.

Lo stovarsolo nella profilassi della sifilide.

Dott. PIERO DE FAVENTO, Trieste.

Sazerac e Levaditi hanno tentato nel 1922 i primi esperimenti di profilassi della sifilide con prodotti arsenicali introdotti per via orale.

Si sono soffermati sull'acido acetilo-ossiaminofenilarsenico (Stovarsolo o 190) in compresse da 0.25. Essi hanno esperimentato questo composto arsenicale tanto come mezzo curativo della lue, quanto come profilattico e sempre per via orale. Come mezzo curativo ha dato dei buoni risultati, ma non tali da poter dare affidamento di guarigione e sopratutto da essere impiegato da solo. Nella profilassi invece si ottennero risultati quanto mai incoraggianti.

Oltre agli esperimenti fatti sugli animali, anche a due uomini, offertisi spontaneamente venne inoculata la lue. Dopo alcune ore essi presero 4 grammi di stovarsolo (in due volte) e l'infezione non si manifestò, mentre lo stesso virus, inoculato a due scimmie, fece sviluppare sintomi di sifilide. Il preparato non causò disturbi.

Queste prime esperienze ben riuscite furono continuate ed io stesso ho potuto controllare l'anno scorso all'Ospedale Cochin di Parigi, nel riparto del prof. Fournier, parecchi individui, che avendo avuto dei contatti infettanti, erano stati curati profilatticamente con lo Stovarsolo ed erano immuni da sintomi di sifilide. Il preparato arsenicale avrebbe efficacia, solo se preso alcune ore o al massimo un giorno dopo l'entrata del virus nell'organismo.

Non sono molto frequenti i casi nei quali si possa affermare con certezza, che un contatto infettante avvenne realmente, e che, se avvenuto, risalga a poche ore. In questi ultimi mesi ne ho potuto osservare due, ed in tutti e due casi ho provato lo Stovarsolo. Ecco brevemente la descrizione dei due casi:

S. P. marittimo d'anni 30, ulcera sifilitica del prepuzio esulcerata. Spirochete presenti, fenomeni secondari e Wassermann positiva. Giunto il giorno prima a Trieste ebbe contatto con la moglie la sera stessa del suo arrivo. Feci prendere alla donna subito due grammi di Stovarsolo ed il giorno susseguente altri due. La tenni in osservazione continua per tre mesi e non osservai mai alcun sintomo. Sieroreazione negativa.

Nel secondo caso trattavasi di un uomo affetto di ulcera sifilitica nelle prime settimane. Esso aveva pure avuto il giorno prima un contatto con una donna sana. La stessa prese pure lo Stovarsolo (4 grammi) e si conserva sana dopo due mesi.

L'autorità degli esperimentatori francesi ed anche i due casi da me studiati, che ho potuto citare, dimostrano che un'era nuova, feconda di promesse, si è forse dischiusa alla profilassi della sifilide.

Recentemente Clément-Simon ha esperimentato ancora un altro preparato arsenicale nella cura della lue per via orale, cioè il Treparsolo (derivato formilico dell'acido meta amino para ossifenilarsenico). L'acido stesso era stato preparato da Ehrlich e Berthinn ed esperimentato da Hata nella febbre ricorrente.

Secondo l'opinione dell'autore francese sembra che i primi risultati sieno stati ottimi. In Italia, a quanto mi consta, se n'è occupato il prof. Pediconi di Roma. Ho cominciato anch'io delle esperienze, ma nulla posso dire ancora. Ritengo però che questi studi debbano essere continuati e vagliati su di un numero maggiore di casi.

Trieste, giugno 1924.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CLINICA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI MODENA
diretta dal prof. BENEDETTO SCHIASSI, incaricato.

Sopra un caso di cosidetto " Rumore di mulino " di origine traumatica.

Dott. DOMENICO MUCCI, assistente.

L. A., di anni 29, contadino, mentre su di una scala potava un albero, scivolò e cadde battendo col petto sul suolo. Quando lo visitai erano trascorse 5-6 ore.

Il paziente, soggetto di costituzione normale, piuttosto pallido, giaceva in decubito supino, con dispnea intensa, respirazione profonda, ed ambascia respiratoria. Ciò però che più e prima di tutto mi colpì fu, alla distanza di un paio di metri dal suo capezzale, la percezione di un rumore particolare, rude, di raspa, e quasi gorgoglio insieme, a tonalità piuttosto alta, con ritmo di successione uguale.

La palpazione della regione precordiale, faceva avvertire un fremito molto intenso, sincrono coi battiti cardiaci. L'ottusità cardiaca alla percussione appariva sostituita da risonanza subtimpanica. All'ascoltazione si avvertiva un rumore rude, di gorgoglio fluttuante, superficiale, che coincideva colle pulsazioni cardiache. Cercando di fare trattenere il respiro al paziente, tale rumore si manteneva invariato. Modificazioni apprezzabili si avvertivano invece facendo passare il soggetto dalla posizione supina a quella seduta. Toni cardiaci puri validi, a timbro leggermente metallico. Polso alla radiale con 80 battute, ritmico, uguale, valido. La pressione sulla parete toracica anteriore suscitava un certo grado di dolore diffuso. Non si apprezzavano deformità, non scroscio, non movimenti abnormi nè sulle costole nè sullo sterno che deponessero per una frattura. Non zone di enfisema sottocutaneo, nè al torace nè al collo.

All'esame del torace posteriormente non si riscontravano colla percussione zone di ottusità, ma dappertutto si constatava suono chiaro polmonare. Alla ascoltazione avvertivasi respiro vescicolare dappertutto. Non sputo sanguigno. Dato tale reperto negativo dell'esame dell'apparato pleuro-polmonare non si ritenne necessaria una puntura esplorativa.

Il fenomeno acustico già descritto fu percepito per tutto il giorno successivo, poi si dileguò. Il senso di oppressione di respiro andò progressivamente attenuandosi fino a scomparire del tutto in dieci giorni. Attualmente il paz. gode ottima salute ed attende alle proprie occupazioni agricole senza risentire del grave trauma sofferto.

In questa storia clinica non sfuggono certo ordini di fatti entro un certo limite discordanti: L'imponenza cioè della sintomatologia generale, che d'altro canto non trova sufficiente riscontro, almeno ad una critica superficiale, in lesioni anatomiche adeguate e rilevabili coi soliti metodi di indagine fisica; la benignità del decorso e il favorevole esito della lesione.

E prima di tutto viene fatto di chiedersi come mai un fenomeno acustico siffatto possa essersi prodotto per un trauma, il quale, pur avendo colpito esclusivamente il torace, non deve, per le risultanze dell'esame obbiettivo, avere causato agli organi toracici che potrebbero essere chiamati subito in causa — (cuore e pericardio, polmoni e pleura) — lesioni di una entità tale da darci facilmente ragione del fenomeno stesso. Un rumore con caratteri acustici simili Gundermann lo ha riprodotto sperimentalmente provocando un'embolia nel cuore destro: era ovvio pertanto pensare che alla genesi del rumore sopra descritto non fosse estraneo il cuore: una lesione di quest'organo perciò avrebbe potuto essere posta innanzi: ma la sintomatologia subbiettiva ed obbiettiva presentata, il decorso e l'esito della lesione, mi hanno fatto subito escludere tale ipotesi.

La cognizione della possibilità di esistenza di rumori simili a quello da me rilevato, in casi di emopneumopericardio, avrebbe giustificato un giudizio siffatto nel caso in esame: se nonchè la mancanza di dati circa modificazioni dell'aia cardiaca, il carattere normale dei toni cardiaci che si avvertivano superficiali, chiari, anzichè velati e lontani come nei versamenti pericardici, l'assenza o almeno la poca intensità dello shock, la breve durata del fenomeno, la guarigione rapida, con la scomparsa di ogni traccia di lesione pericardica, mi autorizzano a ricercare fuori della cavità pericardica l'origine del rumore. D'altra parte la constatata integrità dell'apparato pleuro-polmonare non mi permette di ritenere questo sede della genesi del fenomeno. Ogni interpretazione apparentemente plausibile del meccanismo di produzione dello strano rumore sembrerebbe adunque esclusa, ove non soccorresse la conoscenza di osservazioni del genere per emopneumomediastino e più precisamente della teoria emessa dal Tillaux molti anni fà, in seguito all'osservazione di due traumatizzati del torace, in entrambi i quali il rumore comparso repentinamente, rapidamente poi scomparve, e la guarigione seguì in breve completa.

Secondo Tillaux la genesi di questo rumore, che egli chiama « Rumore di mulino », è estrapericardica, e sarebbe da ricercarsi nello scuotimento incessante da parte del cuore di sangue e d'aria raccolti nello spazio, normalmente virtuale, dal Tillaux stesso denominato pleuropericardico. Reynier, allievo di Tillaux, sulla base di 4 casi clinici e di ricerche sperimentali, nella sua tesi del 1880 — « Recherches sur le bruit de moulin, simptônes d'épanchement intra et extrapéricardique dans les traumatismes de la poitrine » — concludeva, confermando le vedute del maestro, ed aggiungendo ancora

che il rumore di mulino è, in senso più lato, testimone di una effusione liquida e gassosa nel mediastino anteriore.

La teoria di Tillaux, confermata dunque sperimentalmente da Reynier, fino ad oggi non è stata suffragata da reperti d'autopsia, poichè i sei casi pubblicati raggiunsero tutti la guarigione.

Di detti casi, quattro figurano nella tesi di Reynier, uno fu osservato dal dott. Otto Specht dell'Università di Giessen, e pubblicato nel numero 39 della *Muenschener Medizinische Wochenschrift* del 1920, ed il 6° caso, volendo escludere quello del Weil descritto nel *Zentralblatt fur Chirurgie*, 1919, e riferentesi ad un rumore apparso alla ascoltazione del cuore non in seguito a trauma toracico, ma ad enfisema mediastinico in seguito ad anestesia del plesso di Kulenkampff, appartiene a Fasano, che lo descrisse nel luglio 1921 e rese di pubblica conoscenza nel *Policlinico*, Sez. Pratica del 9 gennaio 1922.

Detto ciò vediamo ora di interpretare il meccanismo di spandimento aero-liquido nel mediastino anteriore nel caso speciale.

Invero, se una ferita del torace penetrante nello spazio pneumo-pericardico e in genere nel mediastino anteriore ci permette di comprendere la penetrazione in detto spazio di sangue e di aria per l'inevitabile interessamento del polmone: se l'emopneumomediastino è facilmente comprensibile in ogni caso di coesistenza di sintomi di rottura del polmone e della pleura, non appare agevole spiegarlo nel caso speciale, nel quale negativo risultò l'esame fisico dell'apparato pleuro-polmonare.

Mi sembra pertanto che si debba pensare che l'urto del petto contro il terreno abbia determinato una soluzione di continuità delle parti molli profondamente situate nella parete toracica, con lacerazione concomitante di qualche elemento vascolare intercostale o della mammaria interna: che il sangue fuoruscito siasi fatto strada attraverso il cellulare sottopleurico verso il mediastino anteriore, favorito in ciò da condizioni anatomiche locali particolari ed anche dalla gravità per il decubito supino assunto dal paziente.

Per interpretare poi l'origine del versamento gassoso, due ipotesi si affacciano in grado diverso verosimili:

I) Tenuta presente la topografia dei margini polmonari, specialmente del sinistro, rispetto al pericardio, facilmente si comprenderà come quelli al momento dell'urto contro il terreno, necessariamente siano rimasti compressi tra parete toracica e cuore: e come perciò non sia improbabile che un certo numero di alveoli si siano rotti, indipendentemente dal loro rivestimento pleurico, ed abbiano lasciato così sfuggire una certa quantità di aria che attraverso l'ilo del polmone avrebbe raggiunto il mediastino.

Tale meccanismo di rottura del polmone potrà comprendersi più facilmente pensando alla sospensione del respiro, che suole accompagnare una improvvisa, intensa emozione, quale la percezione di un grave pericolo e alla conseguente parziale o totale distensione degli alveoli polmonari al momento dell'urto, dovuta all'aria trattenutavi dalla repentina, spasmodica chiusura della glottide.

II) L'urto del torace contro il terreno, avendo schiacciato l'estremità delle costole, in senso antero-posteriore, potrebbe altresì avere causato una soluzione di continuità sulla faccia interna di una di esse presso la cartilagine costale e secondariamente una piccolissima lacerazione della pleura e del polmone, per opera della superficie irregolare di uno dei frammenti ossei.

Attraverso il piccolo pertugio allora, una certa quantità di aria, sotto forte pressione trattenuta nel polmone della glottide chiusa, avrebbe potuto precipitarsi nel mediastino anteriore e mescolarsi al sangue ivi giunto. Venute quindi immediatamente a cessare le condizioni di tensione esagerata dell'aria endo-polmonare pel ripristinarsi della respirazione normale, la piccola ferita si sarebbe chiusa pel collabire dei suoi margini non permettendo ulteriore sfuggita di gas.

In tale modo si spiegherebbe anche l'assenza di segni di pneumotorace. La prima ipotesi in verità dà adito ad obbiezioni cui non è agevole rispondere.

Ci si potrebbe chedere infatti perchè aria fuoruscita con quel meccanismo abbia potuto arrivare nel mediastino anteriore attraverso una via tanto lunga e tanto strana e localizzarsi esclusivamente in una porzione limitata di tale regione, senza lasciare traccia di sè, nè nel mediastino posteriore nè al giugulo.

La seconda ipotesi mi pare calzi meglio e sia anche di più facile comprensione. È ben vero che l'esame obbiettivo mi fece ritenere integro lo scheletro per l'assenza dei segni classici di frattura: tuttavia non mi sembra che per questo si sia senz'altro autorizzati ad escludere che vi possa essere stata frattura costale a legno verde: in quanto è noto che molte fratture siffatte sfuggono e guariscono spontaneamente.

Ammessa tale possibilità, siamo edotti in modo verosimile anche della presenza di aria nel mediastino anteriore nel caso considerato; in quanto che mi sembra superflua la ricerca

di altre ipotesi esplicative, a meno che non si voglia escludere assolutamente la eventualità di una frattura di costola misconosciuta, nel qual caso si potrebbe ammettere una piccola lesione pleuro-polmonare isolata a livello del mediastino anteriore provocata dal trauma e da una violenta ed improvvisa contrazione del diaframma e favorita nel contempo dalla momentanea, alta tensione dell'aria endopolmonare.

Senonchè pure senza voler negare a priori una tale evenienza, non si potrebbe fare a meno di opporre la estrema difficoltà a rompersi dell'organo elastico per eccellenza, massime in un giovane sano, alla constatata integrità di altri tessuti meno elastici.

Col meccanismo esposto nella seconda ipotesi enunciata dunque si sarebbero, a mio giudizio, nel caso in esame, realizzate le condizioni secondo Tillaux necessarie alla produzione del singolare fenomeno acustico. Pel suo carattere acustico ritengo il rumore, nel caso di mia osservazione, dovuto a contemporanea presenza nel mediastino anteriore o nello spazio pneumopericardico di sangue e di aria. È noto del resto come il fenomeno possa verificarsi anche in seguito a semplice raccolta gassosa. Secondo Hornicke (1) il rumore di mulino, se ricercato sistematicamente, si troverà più frequentemente di quanto non si creda, e la sua causa potrà essere oltre che nel cuore, nel pericardio e nel mediastino, anche nella cavità pleurica per spandimenti sierosi, ematici o per un pneumotorace, ed ancora nei polmoni con caverne a contenuto liquido, come ebbe occasione di notare Romberg.

Ed ora poche considerazioni intorno alla intensità del caratteristico rumore. Questa è molto variabile. Nel caso di Fasano infatti, il rumore era avvertito colla sola ascoltazione sulla regione precordiale; nel caso di Weil era percepito alla distanza di due metri.

La causa di ciò devesi ritenere di ordine puramente fisico. Infatti un rumore è tanto più intenso quanto maggiore è l'energia che fa vibrare il corpo che lo produce: è in rapporto cioè con la massa di questo e con l'ampiezza delle oscillazioni o vibrazioni delle sue particelle.

Dovremmo perciò pensare che nel caso in esame, a parte quello di Weil, veramente grande fosse la quantità di aria o di sangue riversatasi nel mediastino, se le sue vibrazioni potevano produrre un rumore udibile ad un paio di metri di distanza: ma assai a disagio ci si sente a conciliare una siffatta concezione con un reperto obiettivo toracico quale il soprariferito; per cui è ragionevole ritenere che la relativamente modica miscela aero-sanguigna primitivamente vibrante, abbia trasmesso le proprie oscillazioni ad altri corpi contigui, che per loro natura fossero atti a convibrare realizzando il fenomeno fisico della risonanza. Stomaco e colon, per esempio, potrebbero essere stati i principali risuonatori.

L'aria in essi contenuta potendo variare, può ad un dato momento essersi messa a vigrare all'unisono colla miscela aero-sanguigna del mediastino, rinforzando il piccolo, non apprezzabile rumore prodotto dalle vibrazioni di questa, al punto da essere percepito a distanza.

Penso insomma che in simili contingenze possa accadere un fenomeno analogo a quello che si verifica eccitando un diapason: il suo suono quasi non è udito: se lo si avvicina all'orlo di una provetta vuota, questa ne rinforzerà molto debolmente il suono: se versando a poco a poco dell'acqua nella provetta, si modifica gradatamente la lunghezza della colonna d'aria, questa pure, giunta al punto di potere convibrare con la stessa lunghezza d'onda, finirà per entrare in vibrazione e rinforzerà il tono del corista nello identico modo di un risuonatore dell'Helmoltz.

Applicando tali concetti al fenomeno in discussione, pare di potere renderci ragione oltre che dell'intensità differente del rumore nelle diverse osservazioni degli AA. anche della variabilità del tempo di comparsa ed infine di durata del fenomeno, la cui rarità devesi ricercare nella difficile ed occasionale realizzazione delle condizioni fisiche suesposte.

Sono tuttavia convinto che non pochi casi di « Rumore di mulino » di origine traumatica, possano essere capitati sotto l'osservazione di colleghi, che non avendo attribuito loro interesse alcuno, li abbiano lasciati cadere in dimenticanza.

(1) HORNICKE. *Intorno al rumore di mulino*. Münch. mediz. Woch., 1922, a. LXIX, n. 22, pag. 819-820.

RIVISTE SINTETICHE.

Lo stato attuale della radiologia dell' ulcera duodenale.

Dott. OTTAVIO BUSINCO, Cagliari

Ben pochi argomenti hanno in questi ultimi anni appassionato i radiologi come l'ulcera duodenale, tanto che Eisler nell'ultimo Congresso tedesco di radiologia (Monaco, aprile 1923) si sentì autorizzato ad affermare che l'interessamento dato a questo problema aveva fatto trascurare la radiodiagnostica degli altri organi addominali (1). Le ragioni di tale fervore vanno attribuite, a mio avviso, oltre che alla relativa frequenza dell'affezione, che, se i più recenti dati anatomo-patologici (Musa, Gruber, 1922) designano di poco inferiore all'ulcera gastrica, i reperti operatori, invece, la segnalano assai meno rara, anche alle difficoltà inerenti all'esame che, mettendo a dura prova la pazienza dei ricercatori, ne stimolarono tutte le ingegnosità tecniche. Infatti il duodeno, e più esattamente la sua prima porzione o *bulbo*, che d'altronde è il segmento d'elezione dell'ulcera (Oppenheimer, Perry, Shaw, Collin, Gruber, Mayo, Moynihan), a causa della sua piccolezza, della sede e della instabilità nel riempimento, riesce poco accessibile ad un'osservazione meno che diligente. Per tal modo, ad eccezione di pochi sperimentati osservatori, la diagnosi di ulcera duodenale veniva posta esclusivamente in base ai soli segni *indiretti* riferiti per lo più allo stomaco (ipertonia, iperperistalsi, ipermotilità, ipersecrezione) e comuni a numerose affezioni organiche, ed a disturbi di altri organi addominali. Era, quindi, necessario che l'attenzione dei radiologi fosse rivolta ad ottenere un riempimento per quanto possibile completo del bulbo del duodeno che consentisse il dettagliato studio delle pareti alterate dalla presenza dell'ulcera. Sotto questo impulso, due scuole si andarono man mano sviluppando, la viennese e l'americana.

Holzknecht ed i suoi allievi (Haudeck, Kreuzfuchs, Schwarz, Freund, ecc.), coll'uso di pasti liquidi di contrasto, coll'impiego prevalente della radioscopia, favorendo il riempimento del bulbo coll'espressione manuale, coll'aiuto di un cucchiaio di legno o di una sonda, coll'esame dell'ammalato in diverse posizioni, descrissero un certo numero di deformazioni del bulbo più o meno importanti per la diagnosi di ulcera, fra le quali acquistò particolare importanza la cosidetta *nicchia* (Haudeck, 1911).

(1) Nel 1922, in Italia, l'ulcera duodenale fu tema di relazione al IV Congresso di Radiologia Medica (Rel. Tandoia) ed al Congresso di Medicina interna (Rel. Alessandri e V. Ascoli); in Francia al XVI Congresso di Medicina (Rel. Cramer, Salloz).

In contraposto al quasi esclusivo impiego della radioscopia, gli autori americani (Cole, Case, George e Leonard, Carman, Gerber, ecc.), studiarono, invece, il bulbo del duodeno con radiogrammi in serie per fissarne le deformazioni più costanti in caso di ulcera. Fautori di questo metodo erano pure Chaoul e Stierlin, la cui posizione destro-laterale con compressione della parte orizzontale inferiore del duodeno, riusciva ad assicurare i migliori risultati per il riempimento del bulbo. Nessuno dei due metodi (radioscopico puro e radiografico) si è tuttavia generalizzato, sebbene possa constatarsi che il primo, quello della scuola viennese, è il più diffuso almeno in Austria ed in Germania. Il suo impiego, però, secondo l'avviso del capo scuola, esige una particolare esperienza e solo in mani esercitate offre garanzie di successo diagnostico. Ciò è confermato da Haudeck (1922) che afferma come le nozioni acquisite colla radioscopia nel campo della ulcera e del carcinoma gastrico, trasportate nello studio della ulcera duodenale, rendono superfluo l'impiego del metodo americano, d'altra parte tanto costoso. Tuttavia Schinz (1921), solo colla combinazione dei due metodi, ha ottenuto un gran numero di conferme operatorie.

Stabilita l'immagine normale del bulbo del duodeno (ombra piriforme a contorni rotondeggianti, convessi, col versante pilorico lineare, tono d'ombra normale e regolare, presentante un certo grado di stabilità) gli autori appartenenti alle due scuole descrissero molte deviazioni da tale imagine fissando in tal modo i segni *diretti* di ulcera duodenale. Ma poichè compito della radiodiagnostica deve essere sempre la ricarca di segni che, fondati su alterazioni anatomo-patologiche di una lesione, ne devono fissare il quadro radiologico tipico, si rendeva necessario, allo stesso modo che si era fatto per l'ulcera gastrica, scegliere fra i tanti segni descritti, le *deformazioni* elementari più costanti del bulbo duodenale ed interpretarle in base ai reperti operatori e necroscopici.

Spetta allo svedese Akerlund l'onore di aver conseguito questo ideale radiodiagnostico. Come scolaro di Forsell, estese gli studi del maestro sulla architettura muscolare delle pareti dello stomaco al duodeno, e riuscì a dimostrare tra di esse una grande analogia. Egli trovò nella linea di continuazione della piccola curvatura del duodeno (1) un rinforzo del cordone musco-

(1) Piccola e grande curvatura del duodeno sono le linee di continuazione delle omonime dello stomaco.

lare longitudinale che, in unione coll'apparato di sospensione del duodeno, costituisce una specie di struttura di sostegno analoga a quanto si ha nella piccola curvatura dello stomaco. L'architettura muscolare del duodeno si presenta, in poche parole analoga a quella dello stomaco.

Questa analogia anatomica trova un riscontro nella fisiopatologia delle lesioni ulcerative omonime.

L'ulcera peptica nel duodeno, come nello stomaco, può interessare, infatti, la sola mucosa (u. superficiale) od approfondirsi negli strati sottostanti (u. intraparietale) o farsi penetrante e perforante. La forma è pure identica: rotondeggiante od ovolare: la sede preferita, nell'83-95 % dei casi, secondo le statistiche, è il bulbo del duodeno in tutta vicinanza del piloro, ove — altra analogia singolare — preferisce i dintorni della piccola curvatura. L'ulcera, di solito, è solitaria ed ha dimensioni che variano da una capocchia di spillo ad uno scudo.

Secondo Moynihan l'ulcera nel duodeno raramente dà luogo ad aderenze con gli organi vicini (da ciò l'evenienza più frequente di perforazione in confronto all'ulcera gastrica), ma delle aderenze possono esistere e manifestarsi così abbondanti da integrare diverticoli da trazione delle pareti del bulbo. L'ulcera, di solito, si manifesta dall'esterno come una cicatrice più o meno rotondeggiante da cui s'irradiano dei cordoni connettivali, i quali, quando il bulbo ben riempito si contrae, producono *formazioni diverticolari* o *tasche da pulsione*. Quando il connettivo è abbondante e l'infiltrazione edematosa è notevole, si possono avere difetti di riempimento dell'ombra bulbare; se la cicatrice è vasta, o sono presenti alcune cicatrici che confluiscono in vario modo, l'immagine del bulbo ne può risultare assai rimpicciolita e notevolmente deformata.

A questi fattori d'ordine organico si aggiungano quelli di natura spastica — spasmi totali o parziali intorno all'ulcera, spasmi delle fibre longitudinali e trasversali — cui sono legati, in massima parte, le deformazioni che il bulbo assume.

Come si vede, i processi anatomo-patologici e le reazioni muscolari determinate dall'ulcera sono nel duodeno analoghe a quelle dello stomaco. Ma le deformazioni che ne risultano, data la piccolezza del viscere, sono, in confronto, qui assai più notevoli che nello stomaco. Tutte le deformazioni venivano per lungo tempo classificate a seconda del loro aspetto, e la loro nomenclatura variava a seconda degli autori — forme a trifoglio, a farfalla, a clessidra, a sperone, ad uncino, a zaffo, a bacca di pino, a ramo di corallo, ecc. — con palese svantaggio del criterio sintetico diagnostico, per cui si giustifica l'asserzione di Schmidt (1922) nel senso che il moltiplicarsi delle denominazioni a base morfologica conduce a più spiegabili rischi di errori o di confusioni diagnostiche.

Di fronte a queste deformazioni generiche, altri segni acquistavano un significato più preciso, perchè rivolti a caratterizzare delle deformazioni sino ad un certo punto bene interpretate: canale pilorico asimetrico rispetto alla sua inserzione nel bulbo, canale pilorico allungato e tortuoso sormontato dal residuo del bulbo, espansioni diverticolari delle pareti del bulbo, difetti di riempimento, rapido passaggio del pasto opaco attraverso il bulbo con ristagno compensatorio nella 2ª porzione del duodeno (segno quest'ultimo analogo a quello di Stierlin nella tubercolosi ileocecale). Ma solo il *segno della nicchia*, sulla quale tuttavia si avevano idee confuse, continuava a mantenere il più grande valore diagnostico.

Akerlund combattè la sistematizzazione di tutte queste nomenclature, e riportò a quattro le *deformazioni elementari* delle pareti del bulbo:

a) nicchia;
b) difetto;
c) retrazione;
d) diverticoli.

a) Deformazione tipica del bulbo: *nicchia* sulla piccola curvatura retratta, incisura nella grande curvatura, piloro largamente aperto, eccentrico.
b) Diversi gradi di retrazione della piccola curvatura.
c) Ulcera-diverticolo nella grande e piccola curvatura del bulbo. (Da *Akerlund*).

a) *La nicchia*, dimostrazione diretta della perdita di sostanza della parete duodenale prodotta dall'ulcera, è il segno più certo dell'affezione ed è nel duodeno un reperto più frequente che nello stomaco (Akerlund la riscontrò in oltre il 60 % dei casi studiati). Essa, tuttavia, fu per lungo tempo ritenuta ben rara, tanto che Singer (1922) riferiva di non averla mai riscontrata nel duodeno. Parimenti Chaoul e Beck (1923). Il primo autore, avendola osservata appena sei volte su 250 casi, ritiene che le nicchie di Akerlund altro non sono che diverticoli in vicinanza di una cicatrice. La ragione di questa profonda divergenza sta nel fatto che per *nicchia*, nel duodeno, s'intendeva una sola varietà di essa e cioè quella *penetrante*, mentre essa può pure qui significare tutti gli stadi dell'ulcera dalla penetrante o callosa sino alla superficiale. Attribuito in tal modo alla nicchia il suo vero significato estensivo, Autori odierni molto esperti ed autorevoli (fra i più recenti Haudeck e Busi) si accordano pienamente coll'Akerlund sul frequente reperto della nicchia, È fuori dubbio che anche gli infossamenti della parete duodenale che residuano dopo la cicatrizzazione dell'ulcera, possono produrre il segno della *nicchia*. La grandezza della *nicchia* varia da una capocchia di spillo ad una mezza noce, la sede è, nella maggior parte dei casi, lungo la piccola curva, ma può osservarsi, sebbene molto di raro, in qualunque altra parte del bulbo.

b) Il *difetto bulbare* che Akerlund ed Haudek preferiscono chiamare *incisura*, per non confonderlo con il segno omonimo, che, nello stomaco, ha significato di tumore, è infatti nel duodeno l'omologo della incisura risiedente sulla grande curvatura gastrica di fronte all'ulcera della piccola curvatura. Per lungo tempo fu considerato quasi esclusivamente come organico, dovuto, cioè, a processi infiltrativi, ad abbondante produzione di masse di tessuto connettivo raggrizzante o strangolante per mezzo di aderenze periduodenali, ad una infiltrazione edematosa della mucosa duodenale in vicinanza dell'ulcera. Dall'esperienza degli ultimi anni risulta che il fattore funzionale è molto importante nel provocare un difetto di riempimento. I difetti, a contorni netti, rotondeggianti, possono, nel bulbo, presentarsi a diversa altezza, sia nel versante mediale che laterale o pilorico del bulbo, sebbene la sede più frequente sia data dalla piccola curvatura, dove predominano i difetti di natura spastica contrariamente a quelli della piccola curvatura che sono sopratutto organici. Secondo Akerlund il difetto è dovuto ad una forte contrazione locale della *muscolaris mucosae*. Per comprovare la sua asserzione, l'autore riferisce di aver osservato diversi casi nei quali la nicchia, dimostrazione diretta dell'ulcera, apparve molto tempo dopo che aveva notato l'esistenza di una incisura spastica, ed altre volte vide permanere il difetto molto tempo dopo la scomparsa radiologica della nicchia. L'esistenza di un difetto ci facilita il reperto della nicchia. In casi di ulcera duodenale con *ristagno paradosso* (rapido vuotamento gastrico iniziale, con stasi terminale), Akerlund ha osservato il difetto spastico nel contorno laterale del bulbo, durante le ore immediatamente susseguenti l'assunzione del pasto opaco. Il comportamento del piloro è vario: ora più largamente aperto a vuotamento inoltrato che subito dopo l'assunzione del pasto, ora invece fortemente serrato negli ultimi stadi della digestione. Senza voler negare gli altri fattori che concorrono a spiegare il *ristagno paradosso*, Akerlund assegna grande importanza agli spasmi tardivi che, facendosi più attivi col progredire della digestione, ci spiegano altresì i dolori tardivi. Questa interpretazione concorda pienamente con un'osservazione fatta nell'istituto del prof. Busi e da me comunicata alla *Quarta riunione dei radiologi emiliani* (Bologna, ottobre 1922): in un caso di ulcera gastrica della piccola curva, coll'insorgere dei dolori si assiste alla comparsa nello schermo dello spasmo contro-laterale alla nicchia.

c) Per *retrazione bulbare*, l'Akerlund intende il raddrizzamento del contorno del bulbo su cui s'impianta l'ulcera. La retrazione può essere *parziale* o *totale*. Di solito è *parziale* ed interessa la piccola curvatura a livello dell'ulcera. Il contorno del bulbo perde la sua normale convessità per diventare rettilineo o lievemente concavo. Questa deformazione è analoga all'involuzione a chiocciola della piccola curvatura gastrica nelle ulceri callose della regione, e riconosce lo stesso meccanismo: retrazione, il più spesso spastica ed organica nello stesso tempo (sclerosi interstiziale, processi infiammatori, edema). Lo sfondato mediale della base del bulbo può scomparire per questo processo, il lume pilorico si fa eccentrico da questo lato, e, diventato insufficiente, facilita il rapido vuotamento gastrico cui può seguire, per il detto meccanismo, il *ristagno paradosso* (fig. *b*).

d) Le *tasche o diverticoli sacciformi* sono estroflessioni della parete duodenale a monte di una incisura spastica o di una stenosi organica del bulbo. Akerlund chiama questi diverticoli *prestenottici* e ne distingue due varietà: uno, laterale, davanti all'ulcera, ampio, a contorni ben netti, l'altro, mediale, più circoscritto, piccolo. La prima varietà può presentarsi nelle stenosi spastiche, mentre l'altra per Aker-

lund, sarebbe sempre espressione di una stenosi organica del bulbo (fig. *c*).

Le deformazioni elementari che Akerlund ha definitivamente fissate, possono molto spesso osservarsi riunite e formare, così, un quadro radiologico del tutto simile a quello che offre nello stomaco l'ulcera della piccola curvatura nella sua parte media. Come è noto, quest'ultima si manifesta con una nicchia e con una retrazione più o meno estesa, sino ad una deformazione a chiocciola, della piccola curvatura, cui si accompagna una profonda incisura, allo stesso livello, nella grande curvatura. Nell'ulcera cronica del duodeno si hanno gli stessi fenomeni: *nicchia* sulla piccola curvatura, *retrazione* del contorno interno del bulbo che porta alla scomparsa del recesso mediale della sua base, il canale pilorico si fa ampio ed eccentrico, il contorno esterno del bulbo diventa sede di una incisura più o meno profonda, che, determinando una stenosi funzionale del lume duodenale, dilata in tal modo il recesso laterale della base del bulbo. (Fig. *a*).

Le deformazioni spastiche (longitudinale della piccola curva, trasversale della grande curva) sono così caratteristiche da permettere, anche in assenza della *nicchia*, la diagnosi radiologica di ulcera, non solo, ma, nei casi dubbi, forniscono criteri differenziali molto importanti. Infatti, gli *ingrandimenti della cistifellea* producono nel bulbo delle impressioni che variano coi cambiamenti di posizione; le *aderenze pericolicistiche* possono lasciare invariata la forma del bulbo, o provocano deformazioni atipiche che non infrequentemente si modificano o scompaiono in certe posizioni del corpo; le *neoformazioni del bulbo*, rarissime, determinano difetti di riempimento che non possono essere confusi con un'ulcera.

Akerlund ha riscontrato in oltre il 50 % dei casi studiati la sindrome completa; Herrnheiser, Panner, Koehler, Grashey, Busi, Berg, Schlesinger, Assmann, Haudek, Stühmer, si associano, in base a numerosi reperti, alle originali vedute dell'Autore svedese.

Circa la *tecnica*, Akerlund consiglia l'esame dell'ammalato in piedi coll'intima cooperazione tra radioscopia e radiografia (sono sufficienti 4-8 radiogrammi istantanei in serie). È indifferente la consistenza e la composizione del pasto opaco.

La lettura delle deformazioni non s'improvvisa, necessita bensì una educazione più lunga ad acquistarsi che per l'interpretazione di una comune radiografia dello stomaco. È opportuno, per dare il giusto valore semeiologico ai radiogrammi ottenuti, confrontarli colle imagini degli album di George e Leonard, Carman e Miller, Akerlund.

L'aspetto radiografico delle deformazioni, talora molto accentuate, è lontano dal rispondere alle modificazioni che il chirurgo trova all'atto dell'intervento: piccole ulceri possono accompagnarsi a deformazioni imponenti. Talora l'ulcera può sfuggire al chirurgo che si limita all'ispezione ed anche all'esplorazione del viscere quando manchino palesi reazioni del peritoneo viscerale o segni d'ispessimento dei margini dell'ulcera. La radiologia, in questi casi, ha maggior valore diagnostico della stessa laparotomia esplorativa. Tutti, oramai, sono d'accordo che un'ulcera che abbia raggiunto gli strati profondi della parete duodenale, deve farsi radiologicamente visibile: una attenta tecnica nell'esame conduce sempre allo scopo. Una sola imagine del bulbo ben riempita non esclude l'esistenza di un'ulcera, ma il mancato reperto di *segni diretti*, in esami ripetuti, esclude per lo meno un'ulcera chirurgica (Akerlund, Herrnheiser).

È noto come confermano, d'altronde, i più recenti dati anatomo-patologici, che l'ulcera duodenale è un po' meno frequente dell'ulcera gastrica. Radiologicamente, invece, dopo i grandi progressi conseguiti, dal lato tecnico, l'ulcera duodenale è più dimostrabile della gastrica. Infatti Hartmann e Lecéne nel 1914 contavano 1 ulcera duodenale su 9 gastriche; Enriquez e Durand dal 1909 al 1921 avevano 40 ulceri duodenali su 107 gastriche, mentre, in un periodo successivo, in soli 3 mesi, diagnosticarono 17 ulceri duodenali contro 7 gastriche; Moynihan ha di recente comunicato una raccolta di 702 ulceri duodenali su una cifra globale di 939 ulceri operate; io stesso, in questi ultimi anni negli istituti del prof. Busi (Bologna) e del dott. Montanari (Ancona), ho visto porre la diagnosi di ulcera duodenale con maggior frequenza che quella di ulcera gastrica. Ma la grande importanza che il metodo radiologico, nella diagnosi dell'ulcera duodenale, ha raggiunto, dopo le più recenti innovazioni tecniche e diagnostiche, risulta altresì dalle seguenti altre statistiche: Beck (1921) riporta il 39 % di conferme operatorie (la diagnosi di verosimiglianza fu stabilita nel 79 % dei casi); Akerlund (1921) il 60 % di diagnosi esatte, circa il 20 % di diagnosi probabilmente esatte, nel rimanente dei casi non riuscì a stabilire la diagnosi radiologica o lasciò un'alternativa di possibilità, nel 5,6 % dei casi la diagnosi si mostrò errata; Carman (1922) su 198 casi nel 66 % riportò conferma operatoria, nel rimanente 34 %, si trattava di 29 colicistiti, di 17 appendiciti, di 22 affezioni varie; De Quervain (1922) il 77 % diagnosi esatte; Lorenz (1923) confermò l'esistenza di deformazioni bulbari nel 68 % dei 173 casi operati; Plenk (1923) ri-

porta 84 conferme operatorie su 100 operati; Berg (1923) riporta circa 30 diagnosi esatte in appoggio alla sindrome di Akerlund; Chaoul (1923) riporta nel 75 % conferme operatorie, nel 7 % diagnosi di giusta verosimiglianza.

Tutti questi dati, meglio di qualsiasi commento, mostrano la crescente sicurezza che la radiologia ha conquistato nella diagnosi della ulcera duodenale. L'anamnesi, che per Moynihan era tutto, ha perso parte del suo valore, sia perchè i più recenti studi negano all'ulcera duodenale una individualità clinica da contraporsi all'ulcera gastrica, sia ancora perchè, nè il dolore da fame, nè la periodicità dei disturbi possono corrispondere ad un'ulcera duodenale, ed, inversamente, questa può essere presente senza dar luogo ad alcun disturbo.

Per tutto ciò siamo autorizzati a concludere con lo Schinz: *per la diagnosi di ulcera duodenale, se l'anamnesi è molto, la ricerca radiologica è ancora di più, perchè, in molti casi, essa è in grado di sostituire al sospetto la certezza.*

BIBLIOGRAFIA.

1. AKERLUND. *Roentgenologische Studien ueber den Bulbus Duodeni*, 1921.
2. ID. Acta radiologica, v. 2, f. 1, n. 5, 1923.
3. ID. Fort. auf d. Geb. Roent., Bd. XXX, Kongressheft 3, 1923.
4. ASSMANN. *Roentgendiagnostik der inneren Erkrankungen*, 2. Auf., 1922.
5. BERG. Klin. Woch., n. 15, 1923.
6. BUSI. *Trattato semeiologia fisica e diagnostica chirurgica*. U. E. T., v. 1, pag. 1168, 1924.
7. BECK. Klin. Woch., n. 20, 1923.
8. CARMAN, DE QUERVAIN. Paris Médical, v. 13, n. 14, 1923.
9. CHAOUL, GRASHEY. Klin. Woch., n. 20, 1923.
10. CHAOUL. Münch. Med. Woch., Jg. 70, n. 9-10, 1923.
11. EISLER. Fort. auf. d. Geb. Roent., Bd. XXXI, Kongressheft 1923.
12. ENRIQUEZ et DURAND. *Les ulcères de l'estomac et du duodénum*. Masson, 1924.
13. GRUBER. Fort. auf. d. Geb. Roent., Bd. XXX, Kongressheft 3, 1923.
14. HAUDECK. Wien. Klin. Woch., n. 5, 1922.
15. ID. Fort. auf. d. Geb. Roent., Bd. XXX, Kongressheft 3, 1923.
16. HERRNHEISER. Med. Klin., n. 50-51, 1922.
17. KOEHLER. Klin. Woch., n. 12, 1923.
18. LORENZ. Fort. d. Roent. Bd. XXX, H. 1-2, 1922.
19. MUSA. Ark f. Verdaungskrank., Bd. 29, H. 5-6, 1922.
20. PANNER. Journ. Amer. of Roentg., Juli 1921.
21. PLENK. Wien. Klin. Woch., Jg. 36, n. 8, 1923.
22. SCHINZ. Fort. auf. d. Geb. Roent., 1921.
23. SCHLESINGER. *Die Roentgendiagnostik der Magen*. 1922.
24. SINGER. Kraus Brugsch: *Hand. d. inn. Med.* 1922.
25. STÜHMER. Münch. Med. Woch., n. 12, 1924.
26. TANDOIA. Atti IV Congresso Ital. di Radiol. Med., 1922.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA SCHELETRICO.

Tumori metastatici delle ossa.

(JOLL. *The Brit. Journal of Surgery*, 1923).

I tumori secondari delle ossa possono aversi per 3 modi: per estensione diretta dai tessuti vicini, e non rientrano nelle metastasi; per le vie sanguigne attraverso i vasi nutritizi o per via retrograda dalle vene; per le vie linfatiche sia come embolo, sia come permeazione linfatica nel senso di Handley.

Piney in recenti studi ha confermato l'idea di Roger e Yosue che è impossibile dimostrare linfatici nell'interno del midollo osseo; il materiale d'iniezione si arresta all'endostio. Intanto ciò è in contraddizione col fatto dimostrato da Handley che nei cancri della mammella le metastasi ossee si avverano per permeazione centrifuga dei linfatici. La spiegazione più adatta viene data dall'idea di Recklinghausen che le metastasi si hanno per emboli nei capillari del midollo. Nepven suppone che le cellule maligne circolano in forma di piccolissimi corpi più piccoli di una cellula completamente sviluppata e perciò capaci di oltrepassare i capillari polmonari. Schmorl ha dimostrato porzioni di villi coriali nella circolazione nella eclampsia e Veit nella gravidanza normale. Secondo Goldmann le cellule possono penetrare nei vasi attraverso i vaso-vasorum come si può vedere negli ipernefromi che a volte sporgono nell'interno di vene. Similmente particelle di tumore possono penetrare attraverso il dotto toracico o i grossi vasi linfatici nelle vene avendosi delle grandi comunicazioni (Leaf). Emboli maligni possono passare direttamente dal cuore destro nella grande circolazione se esistono alterazioni del setto interauricolare; oppure l'embolo si ferma ai capillari polmonari poi sviluppandosi guadagna le radici delle vene polmonari e così va al cuore sinistro.

Secondo Piney le metastasi ossee avvengono solo in corrispondenza di midollo rosso e con tale ammissione si spiegano le metastasi nelle vertebre, costole, parte prossimale dell'omero, del femore, ove si ha midollo rosso. Handley spiega l'invasione delle parti più vicine con la possibilità più facile di permeazione linfatica.

Per studiare la tendenza dei neoplasmi alle metastasi ossee l'A. ha ricercato le autopsie del Cancer Hospital dal 1888 al 1922. Su 1144 autopsie per tumori maligni la frequenza maggiore delle metastasi ossee è data dal carci-

noma della mammella (34 casi) minore dall'utero, esofago, tiroide (2), ed in tutto ha rinvenuto 53 metastasi ossee.

La localizzazione è stata del 22 %, nelle vertebre, 20 % nelle costole e rispettivamente 14, 14, 10, 7 nello sterno, femore, cranio, omero. Williams aveva trovato nei cancri della mammella il 26,5 % di metastasi ossee tra cui specialmente il cranio (24 %) e le vertebre (19 %) mentre Enrieg pone in ordine di frequenza lo sterno, costole e femore, prima del cranio e vertebre.

Ehrhardt in 238 cancri della tiroide trovò 66 metastasi ossee e Kaufmann nel 70 % dei carcinomi della prostata, Adler in 374 tumori renali 457 metastasi nelle ossa, in proporzioni uguali pel sarcoma e carcinoma. Scudder, Albrecht hanno descritto metastasi ossee negli ipernefromi.

Il sarcoma periostale della tibia e del femore ha secondo Butlin e Colly tendenza a produrre impianti in altre ossa, e l'endotelioma endostale (raro) si metastasizza nelle ossa piatte. Anche i tumori del testicolo hanno tendenza a metastatizzarsi nelle ossa.

Mammella: ne riporta alcuni casi tra cui uno con metastasi dello sterno e dell'omero là dove il midollo rosso è più abbondante. L'esame microscopico dava il reperto di uno scirro della mammella.

Tiroide: Sono state descritte metastasi ossee pulsanti o meno da Morris, Havard, Kanoky ha visto che in un quarto di casi con metastasi si aveva un ingrossamento della tiroide; in un altro gruppo la tiroide era molle ed ingrandita e non presentava variazioni per diversi anni; in un altro gruppo la tiroide fu operata per tumore benigno prima della comparsa delle metastasi ossee; in una maggior parte le metastasi si accrebbero lentamente e rappresentarono la sola metastasi nel corpo.

Cohnheim aveva osservato metastasi in ingrossamenti benigni della tiroide fatto negato da Recklinghausen e Wölfier. L'A. ha raccolto 44 casi dalla letteratura di metastasi ossee associate con tiroide normale o forme benigne di ipertrofia o di tumore. In alcuni il tumore metastatico assumeva un aspetto benigno in altri un tipo maligno pur essendo il tumore primitivo a forma benigna. Ciò forse è dovuto alla difficoltà di differenziazione di un tumore benigno o maligno della tiroide.

In uno dei casi di Eiselsberg la massa metastatica aveva funzione tiroidea poichè asportata il paziente cadde in cachessia strumipriva.

Regensburger asportò un braccio per sarcoma primitivo mentre era una metastasi tiroidea. L'A. riporta un caso di metastasi tiroidea nell'omero in una donna con gozzo esoftalmico nella quale la tiroide era indurita da ammettere una calcificazione. Nella metastasi ossea si trovarono istol. i tubuli tiroidei di cui molti con sostanza colloide.

Goebel nel 1898 aveva raccolto 11 casi di metastasi tiroidee creduti tumori primitivi.

In un caso l'A. resecò il capo sternale della clavicola per tumore che poi fu trovato composto di semplice tessuto tiroideo. Esaminata allora la tiroide si trovò un piccolo tumore del lobo destro con tutte le apparenze dell'adenoma. Questo non fu tolto: l'infermo rivisto dopo un anno stava nelle identiche condizioni stazionarie per cui si poteva escludere un tumore maligno nella tiroide.

Un caso simile è riportato da Radley e Duggan i quali pensavano ad una inclusione tiroidea nella clavicola, ma tale idea è creduta improbabile da Fawcett, poichè la tiroide e la clavicola si sviluppano da strati differenti e la tiroide è approfondata dal muscolo depressore dello ioide.

Le condizioni quindi fra tiroide e metastasi ossee sono:

Tiroide normale, metastasi di tessuto tiroideo, o con tumore benigno incapsulato, o con degenerazione maligna.

Tiroide con gozzo diffuso o tumore benigno, metastasi benigna o con degenerazione maligna.

Tiroide con tumore maligno, metastasi con struttura di gozzo semplice.

Prostata. — Questi tumori hanno la maggiore tendenza a diffondersi alle ossa e l'A. ne riporta un caso con metastasi al capo prossimale del femore con frattura in corrispondenza del tumore ove si trovò la stessa struttura istologica del tumore primitivo. Il tumore primitivo della prostata può essere anche piccolo e dare le metastasi ossee. Braun ha descritto una forma di anemia simile alla perniciosa associata ad un carcinoma osteo-plastico di origine prostatica.

Altre parti del sistema genito-urinario: in un carcinoma papillifero della vescica fu trovata metastasi nel radio con la riproduzione strutturale simile al tumore primitivo, in altri due si trovarono metastasi nel cranio e nella tibia. In un carcinoma papillifero della pelvi renale con idronefrosi fu rinvenuta metastasi nelle costole. Del rene riporta un caso di Sutton in cui era stata fatta una resezione del capo distale dell'omero per tumore primitivo e nel quale dopo morte fu trovato un ipernefroma, per cui il tumore dell'omero fu considerato come metastasi. In un altro caso (Low)

il tumore primitivo era un ipernefroma e la metastasi nella clavicola, in un altro ancora nell'omero (Cope).

Nicholson ha descritto una metastasi nella tibia da un tumore embrionale del rene e Nitch due casi di tumori dell'omero e dell'avambraccio creduti primitivi mentre erano secondari a tumore del surrene. Winkler dice che i tumori surrenali possono decorrere senza sintomi per cui le metastasi sono prese per tumori primitivi e richiama l'attenzione sulla facilità con cui questi tumori possono invadere il rene e quindi la cava ed il cuore destro.

Tumori del testicolo: descrive un caso di endotelioma del testicolo che oltre a metastasi polmonare aveva localizzazione nell'ultima vertebra dorsale e nelle lombari con penetrazione nel canale spinale ed un altro caso di tumore del pene con metastasi delle costole. Dell'apparto genitale femminile riferisce un tumore dell'utero con metastasi nell'osso parietale (sarcoma fuso cellulare) ed un altro con localizzazione secondaria nell'omero e frattura spontanea.

La lingua ordinariamente non dà metastasi lontane. Riferisce un caso di tumore a cellule spinose della lingua con metastasi nelle ghiandole bronchiali, pleura, polmoni, intestino e sul femore ove si era prodotta una frattura spontanea.

Per l'esofago esistono diversi casi di localizzazioni secondarie di cancro nelle ossa e ne riporta 4 casi con metastasi nel femore, pelvi, costole. Per lo stomaco esistono casi di metastasi ossee descritte da Colwell (5 casi) nelle vertebre, costole, omero, sacro.

Nel grosso intestino esiste la tendenza a metastasi ossee: un caso di adeno-carcinoma del retto presentava localizzazione nell'omero, un altro nello sterno e nella colonna vertebrale, un altro nell'ulna.

Del fegato è riportato da Pitt un adenocarcinoma con metastasi nella colonna vertebrale.

Dell'apparato respiratorio riporta due casi, uno del tratto naso-faringeo con metastasi nel cranio, nei metacarpi e nelle falangi ed un tumore del polmone con metastasi nel femore, costole e vertebre.

Anche i tumori delle ossa si metastasizzano in altre ossa e riporta un caso di metastasi temporale in un sarcoma del femore, ed un altro di localizzazioni nel cranio, pelvi e costole da un sarcoma osteoide del femore.

I sarcomi melanotici invadono pure le ossa e descrive un caso di tumore primitivo del pollice con localizzazioni secondarie nel femore, omero, costole ed un altro della spalla con metastasi nello sterno, vertebre, costole. In contrasto Cairns riporta un caso di metastasi della scapola 18 anni dopo l'asportazione di un occhio per tumore melanotico.

La diagnosi è facile quando il tumore primitivo è evidente, ma molte volte il tumore osseo è stato considerato come primitivo specialmente in caso di ipernefroma. Secondo Delbet il dolore non è solito nei tumori secondari dell'osso mentre è precoce e pronunziato nei tumori primitivi; al contrario Elnylie pensa che il dolore precoce sia in favore del tumore metastatico. Se le metastasi sono nella colonna si hanno deformità. Occorre fare la diagnosi differenziale con le osteo-periostiti diffuse (sifilide). Spesso coincide una grave anemia.

Riguardo al trattamento sarebbe prudente di esaminare microscopicamente ogni tumore osseo prima di praticare un'amputazione. I risultati benefici delle resezioni sono dimostrati dal caso di Sutton in cui paziente visse ancora 6 anni. La prognosi è varia potendosi avere una sopravvivenza fino a 10 anni (Riedel) dopo resezione del tumore.

BRANCATI.

L'influenza della tiroide e delle glandole genitali sul decorso di guarigione delle fratture.

(RAFFAELE DE RIENZO. *Annali Ital. di Chirurgia*, fasc. 3°, 1924).

Fra i tessuti quello sul quale l'influenza delle ghiandole a secrezione interna s'esercita potentemente è il tessuto osseo. La *glandola genitale* ha sullo scheletro un'azione importante con la sua secrezione interna, poichè la sua soppressione determina un allungamento esagerato delle ossa lunghe, mentre si nota un arresto di sviluppo nel loro spessore. Gli studi radiologici hanno dimostrato, nei castrati giovani, la persistenza delle cartilagini epifisarie al di là dei 25 anni con permanenza dell'attività proliferante. Tali fenomeni cessano o si evitano trapiantando nell'animale castrato le glandole sessuali.

Da ciò si deduce che la secrezione interna genitale esercita una duplice azione sullo scheletro: *modera* l'osteogenesi encondrale ed *eccita* quella periostale. Inoltre agisce anche sul ricambio del calcio favorendolo, mentre la sua soppressione determina ritenzione di calcio.

Oltre alla glandola genitale altre glandole regolano lo sviluppo dello scheletro.

L'*ipofisi* col secreto del suo lobo anteriore *eccita* l'osteogenesi encondrale e quella periostale. Infatti l'ipertrofia del lobo anteriore pro-

duce gigantismo ed esagerato spessore delle ossa, mentre la sua distruzione determina nanismo ed assottigliamento di spessore.

La *tiroide* quando è atrofica o ipofunzionante produce notevole arresto nell'evoluzione e nell'accrescimento delle ossa, specialmente a carico delle cartilagini epifisarie.

Il *timo* e le *surrenali* hanno influenza temporanea sullo scheletro, nei primi tempi dopo la nascita.

Sicchè la glandola genitale modera l'osteogenesi encondrale ed eccita quella periostale; la tiroide e l'ipofisi eccitano l'osteogenesi encondrale e sono quindi antagoniste della glandola genitale.

Questa azione indiscutibile delle tre glandole sullo sviluppo osseo ha provocato numerose ricerche sull'influenza dei loro secreti nella guarigione delle fratture. Tutte le tre glandole sono state studiate isolatamente ed i risultati sperimentali sono stati discordi; ma ciò dipende dal fatto che le tre glandole non agiscono tutte nello stesso senso, sicchè può darsi che l'ablazione di una determini il sopravvento dell'altra antagonista.

Per l'ipofisi l'accordo è più completo; non così per la tiroide, di cui alcuni negano la azione di eccitamento nella guarigione delle fratture, altri la ammettono. Ora, la tiroide eccita la osteogenesi encondrale ed in ciò è antagonista con la glandola genitale, che invece la modera. È naturale che, asportando la tiroide, prenda il sopravvento la sua antagonista.

Quindi uno studio sperimentale vero e proprio sull'influenza della tiroide nella guarigione delle fratture non può farsi asportando solo la tiroide, ma anche la sua antagonista.

Questo ha fatto l'A., operando sui conigli, nei quali si può asportare tutta la tiroide, perchè due paratiroidi sono separate da essa e quindi vengono rispettate.

Tecnica: Tiroidectomia. Dopo 10 giorni castrazione bilaterale. Dopo altri 10 giorni frattura del radio.

Contemporaneamente altri conigli, per controllo, subivano la sola frattura del radio.

Gli animali venivano poi uccisi a distanze diverse di tempo.

Come risultato l'A. ha notato che sia negli animali privi di tiroide e di glandole genitali, sia in quelli di controllo, il processo osteogenetico di guarigione delle fratture ha avuto lo stesso decorso. Ha osservato però negli animali castrati e stiroidati una spiccatissima ipertrofia dell'ipofisi. Questo ci indica che essa sostituisce la funzione eccitatrice della glandola genitale mancante.

Da ciò si potrebbe dedurre che la tiroide non ha influenza sul processo di consolidazione delle fratture, visto che la guarigione avviene normalmente senza di essa. Ma questa deduzione sarebbe errata.

Infatti l'asportazione della sola tiroide, fatta da altri sperimentatori, produce ipertrofia dell'ipofisi, che ha azione sinergica alla tiroide.

Tale ipertrofia però, funzionando normalmente le glandole genitali, che sono antagoniste, non basta a controbilanciarne l'azione negativa, per cui si ha ritardo nella guarigione delle fratture. Asportando anche la glandola genitale, l'ipertrofia dell'ipofisi sostituisce la azione della tiroide mancante e la frattura ha un decorso normale.

G. CIAPRINI.

Tecnica dell'osteoplastica e più specialmente di quella del femore.

(CUNEO et BLOCH. *Journal de Chirurgie*, 1924, fasc. II).

Secondo gli AA. l'innesto osseo libero è votato al riassorbimento; perciò credono preferibile riparare le scontinuità ossee con perdita di sostanza mediante trapianti osteoplastici peduncolati.

Il peduncolo può essere costituito da periostio, da tendini, da aponevrosi, da muscoli ed ha la funzione di sopperire ai primi bisogni nutritizii del trapianto; per cui esso sopravvive, partecipa ai fatti rigenerativi e dispone di una certa resistenza contro le infezioni.

L'osteoplastica ha numerose indicazioni, però gli AA. si occupano della sua applicazione nelle pseudoartrosi del femore.

A curare le pseudoartrosi femorali, quando non esiste una notevole diastasi dei monconi basta l'osteosintesi completata da innesti osteo-periostali alla Delagénière; quando invece c'è notevole distanziamento risponde ottimamente l'osteoplastica, che può rimediare alla perdita evitando un notevole accorciamento con sommo vantaggio funzionale.

A questo scopo gli innesti liberi all'Albee con stecche tibiali, o tratti di perone non hanno fatto buona prova per la loro facile rottura, come ha dimostrato Serra per gli operati del Putti.

Viceversa l'osteoplastica è vitale, per cui non corre simile pericolo a distanza; però bisogna riconoscere che in primo tempo ha bisogno di essere sostenuta da apparecchio immobilizzante.

Tecnica operatoria:

Bisogna operare quando si è sicuri che gli eventuali focolai settici sono spenti da gran tempo.

Occorre poi preparare la regione 24 h. prima e preparare in precedenza un apparecchio gessato immobilizzante bivalve, poichè non è consigliabile l'immobilizzazione mediante trazione, perchè questa distanziando i monconi nuoce all'attecchimento del trapianto.

L'*incisione* ha forma d'una L col tratto lungo di 15-20 cm. disposto longitunalmente sulla faccia esterna della coscia a livello del solco che separa il vasto esterno del quadricipite dai muscoli posteriori, e col tratto breve di 6-7 cm. diretto trasversalmente in dentro.

Si incide cute, sottocutaneo e aponevrosi.

Indi si procede nell'interstizio tra vasto esterno e bicipite fino a scoprire l'osso con la sua pseudoartrosi.

Si escide col periostotomo il tessuto fibroso interposto fra i capi ossei. Si attirano in fuori con uncino di Lambotte i monconi e se ne avvivano le estremità mediante scalpello fino ad aprire la cavità midollare.

Nell'usare lo stacca periostio bisogna risparmiare la faccia anteriore da cui sarà prelevato il trapianto peduncolato.

Il taglio del trapianto varia secondo la sede della pseudoartrosi per la diversa direzione che, secondo questa, vengono ad avere i vasi principali.

Se la sede della pseudo-artrosi è nel terzo superiore il prelevamento sarà fatto sul moncone superiore del fèmore perchè il peduncolo per la disposizione dei vasi deve avere base inferiore.

Se la sede è nel terzo medio o inferiore il frammento va prelevato invece dal moncone inferiore, perchè il peduncolo abbia la base in alto da dove riceve i vasi.

Gli AA. nella descrizione s'attengono a quest'ultima maniera. Si delimita il peduncolo in basso incidendo muscolo e periostio a livello del tratto trasversale dell'incisione cutanea per l'estensione di 3 cm. e, quindi all'interno divaricando il lembo cutaneo angolare e incidendo longitudinalmente il muscolo e il periostio secondo una linea parallela al tratto longitudinale dell'incisione cutanea e 3 cm. all'indentro.

Indi si raschia il periostio internamente a quest'ultima incisione longitudinale e il rachiatoio resta a proteggere medialmente muscolo e vasi femorali.

A questo modo resta una parte della faccia anteriore del moncone osseo in rapporto col periostio e muscolo, ed essa costituirà il trapianto peduncolato.

Per resecare il frammento osseo si pratica una serie di trapanazioni complete distanziate fra loro 1 1/2 cm. con trapano meccanico spinto dalla faccia esterna del moncone all'interna; poi una seconda serie di fori simili a livello della incisione trasversale che corrisponde all'estremo inferiore del frammento plastico.

Indi si separa il frammento con colpi di scalpello fra i fori.

La lunghezza del frammento varia secondo il distanziamento dei monconi; in genere basta una lunghezza di 7-8 cm.

Liberato il frammento col suo peduncolo, si cruenta o scolpisce un letto per l'estremo corrispondente del frammento sulla faccia anteriore dell'altro moncone.

Indi si mette in sito il frammento facendolo entrare in contatto con i due monconi per una estensione di 3 cm. per parte e si fissa con fili circolari metallici.

Prima di chiudere si irriga con siero caldo. Quindi si riuniscono i margini del peduncolo con i muscoli limitrofi mediante punti staccati di catgut. Si abolisce lo spazio morto lasciato dallo spostamento del frammento con la riunione dei muscoli apposti. Si sutura l'aponevrosi con punti staccati di catgut e si chiude la cute con un drenaggio filiforme nella parte declive, onde evitare ematoma.

Infine si medica applicando l'apparecchio gessato bivalve già preparato; finestrandolo a livello della regione operata.

Si rinnova la medicatura la stessa sera e tutti i giorni successivi, togliendo i fili drenaggio all'8° giorno.

Se si constata ematoma si vuota subito. Se avviene infezione si aprono sollecitamente 2-3 punti e si pratica irrigazione discontinua di Dakin.

Queste complicazioni nuocciono all'attecchimento, ma intervenendo presto si può evitare l'insuccesso.

I risultati in dettaglio dell'uso di questo processo sono raccolti nella Thèse del Dubois; ma in termini generali gli AA. possono affermare che in tutti i casi in cui l'hanno adoperato hanno ottenuto attecchimento e consolidazione con accorciamento femorale di poco conto.

In un sol caso sottoposto a trazione, mancò l'unione del contatto inferiore e fu subito rimediata mediante innesti osteo-periostali.

Per cui il metodo può rendere preziosi servizi quando la diastasi fra i monconi è così estesa da non permettere gli innesti più semplici osteo-periostali alla Delagénière.

GUSSIO S.

Sul trattamento in abduzione e rotazione esterna delle fratture cervicali dell'omero.

(DOMENICO TADDEI. *Annali Italiani di Chirurgia*, fasc. I, 1924).

Nelle fratture diafisarie e specialmente in quelle cervicali dell'omero, trattate con gli apparecchi che fissano il braccio in adbuzione e rotazione interna contro il torace, i risultati sono cattivi.

Un notevole miglioramento si è avuto coi metodi che mantengono il braccio in abduzione (triangolo di Middeldorpf e di Impallomeni).

Nel 1919 l'A. descrisse un apparecchio che ha dato buoni risultati e rappresenta un progresso sui precedenti: *il quadrilatero gessato*.

Nella sua esperienza sul trattamento cruento delle fratture dell'omero il Taddei si è convinto che la testa dell'omero subisce un movimento di rotazione esterna sotto l'azione dei muscoli rotatorii (piccolo rotondo, sopra- e sottospinoso) mentre il moncone distale, per la àzione del gran pettorale e del grande rotondo, ruota all'interno.

È quindi necessario che il frammento distale sia ruotato all'esterno, oltre che abdotto. Ora coi triangoli gessati ed anche col quadrilatero si ottiene l'abduzione, ma la rotazione è interna.

Per avere l'esterna è necessario che l'avambraccio sia piegato ad angolo retto sul braccio, e diretto in alto, in modo che la sua faccia anteriore guardi l'orecchio omolaterale del paziente. Questo si ottiene applicando al lato esterno del quadrilatero una stecca verticale, che nella parte inferiore si fissa al quadrilatero, mentre la superiore sorregge l'avambraccio con una semplice fasciatura.

Con questa posizione non si hanno compressioni venose e quindi stasi ed edemi periferici e la regione fratturata resta allo scoperto; si può quindi praticare il massaggio precoce.

G. CIAPRINI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

Prof. dott. ARNOLFO CIAMPOLINI. *La diagnosi medico-legale della nevrosi dei traumatizzati.* (*Il rilievo e il significato dei sintomi*). Prefazione del prof. CESARE BIONDI. Casa Editrice Luigi Pozzi, Roma, 1924. — Prezzo L. 12.

Nel 1924 una esauriente discussione tenuta nel Congresso di Medicina Ferroviaria di Napoli concludeva per un giudizio di svalutazione medico-legale della nevrosi dei traumatizzati e a questo giudizio il più valido contributo era quello portato dal lavoro catamnestico dello stesso Autore, nel quale da un materiale statistico ferroviario scritto e bene studiato si traeva la conclusione che la natura delle nevrosi dei traumatizzati è essenzialmente psicogena e perciò esse guariscono di regola in un tempo più o meno breve dopo la liquidazione del danno.

È venuto poi il ciclone della guerra e i medici hanno avuto un materiale ricchissimo di studio nei numerosi neuro-traumatizzati di guerra.

In tale occasione era naturale che i concetti patogenetici di questa sindrome polimorfa fossero soggetti a collaudo ed è stata allora una fioritura di lavori interessanti usciti dalla penna dei più illustri cultori della neuro-patologia e della medicina legale, i quali hanno rimaneggiato a fondo questa materia, nella necessità pressante di dover formulare giudizi categorici sulla idoneità o meno dei neuro-traumatizzati o supposti tali ai servizi di guerra e sulla valutazione della inabilità agli effetti della liquidazione della pensione militare.

Sono così risorte le antiche contese fra i sostenitori dell'origine organica della neurosi dei traumatizzati secondo il concetto antico di Oppenheim e i sostenitori della origine psicogena. Nella circostanza si è sentito il bisogno di rivedere perfino i criteri nosologici dell'isteria, quali li aveva formulati il gran clinico della Salpétrière, si sono enunciati nuovi principii come quello del pitiatismo e si è tentato di staccare dal quadro delle nevrosi pure molte forme riscontrate durante la guerra, che furono chiamate da Babinski e Froment riflesse o fisiopatiche e interpretate come esponenti di lesioni organiche del sistema simpatico locale.

Affermare che da questo lavoro di revisione sia scaturito un concetto chiarificatore pei bisogni della pratica corrente sarebbe arrischiato. Anche oggi di fronte a qualche caso di neuro-traumatizzati si rimane colla stessa perplessità di prima pel giudizio medico-legale.

Ma quello che si può affermare resultato dall'esperienza e della guerra e della pace si è che la sindrome della neurosi dei traumatizzati è così polimorfa e complessa che non tutti i casi possono trafilarsi entro la stessa sagoma, esistendo un ragguardevole numero di casi — specialmente fra le cosidette nevrosi commotive e in molte topo-nevrosi del tipo cosidetto fisiopatico — in cui non tutto il complesso sintomatologico può inquadrarsi nel principio dell'origine psicogena e autorizzare un giudizio prognostico favorevole inoltre che fatta questa debita riserva, si ha oggi la conferma della grande importanza dell'elemento psicogeno e quindi la facoltà di giudicare prognosticamente

favorevole la massima parte di queste sindromi nervose.

Di tale conclusione il tempo galantuomo può dirsi il principale assertore, poichè col passare degli anni i medici hanno avuto luogo di constatare che la massima parte del bagaglio sintomatologico sensazionale, che tanto impressionava periti novellini e magistrati umanitari, svaniva come nebbia al vento colla conclusione della vertenza. Ma il tempo ha dimostrato altresì che gran parte di quei sintomi che molti gabellavano come segni obiettivi della nevrosi dei traumatizzati e spesso patognomonici e che si trovavano bellamente schierati nelle perizie di parte a paladini di un'alta opera di giustizia, non sono il più spesso che l'esponente di una costituzione nevropatica generale del tutto indipendente dall'elemento traumatico fisico o psichico, e, quel che più conta, non sono affatto patognomonici di questa sindrome nervosa, che taluni di essi anzi sono piuttosto creati per etero-suggestione dallo stesso medico curante o periziante nelle meticolose, tenaci, estenuanti visite al paziente. A questa conclusione cui sottoscrivono ormai i più grandi nevropatologi, l'Autore ha portato un valido contributo col suo studio attuale. Esso dopo avere vivisezionato con grande cura l'organismo di questa sindrome nervosa ed esaminato di ogni sintoma il rilievo, il significato e il valore vuole appunto dare in mano ai medici il filo conduttore atto a orientarci attraverso le parvenze allettatrici di una sintomatologia quanto mai impressionistica. E attraverso a questi tentativi l'Autore è riuscito a mettere in giusta luce il valore dell'influenza psicogena dell'idea del risarcimento per ognuno dei sintomi più discussi e a trarne la conseguenza che chi esamina tale genere di pazienti debba prefiggersi sistematicamente di evitare la creazione etero-suggestiva di quei sintomi che solo dal terreno isterico o isteroide sotto l'influenza del condensatore psichico dell'idea del risarcimento traggono nascimento.

Naturalmente da questo lavoro di onesta e serena critica semeiologica viene ancor meglio lumeggiato il concetto che questa già terribile nevrosi traumatica deve gran parte della sua fama appunto a quell'ambiente artificioso nel quale è nata e cresciuta e, per cui potè da taluno essere appellata con l'epiteto di *gramigna dell'assicurazione*, sotto l'incubatrice di medici e avvocati ignari o interessati e che, messa nei suoi veri termini la sua fisonomia nosologica e patogenetica, facilmente scaturisce la spiegazione delle ragioni per le quali oggi molto più di rado c'incontriamo in questa forma morbosa nella pratica infortunistica.

E se a tale punto siamo arrivati è onesto rivendicare il merito per quella parte che gli spetta all'Autore di questo lavoro, che ogni medico legale dovrà leggere per mettersi al corrente della questione che ci interessa, e un po' anche a tutto il Corpo Sanitario delle Ferrovie dello Stato che ha elaborato il materiale catamnestico raccolto e studiato dall'Autore. Sicchè possiamo a buon diritto segnare anche questo campo di studi accanto a quello della malaria fra quelli in cui il Corpo Sanitario Ferroviario ha tracciato un'orma che rimarrà.

Da tali concetti dovremo essere indotti altresì a dare ognor maggior campo alle risorse di una buona profilassi e di una terapia psichica in ogni genere di lesioni traumatiche resarcibili al fine di ridurre al minimo l'insorgere delle forme neurotiche. Si potrà così allora sperare che tale sindrome nata nel campo ferroviario -- la famosa *rail-spin* degli inglesi -- nello stesso campo ferroviario finisca per morire. *Qui gladium tenit, gladio perit.*

Prof. GINO PROSPERI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 28 marzo 1924.

Presidente: Prof. G. VICARELLI.

Complicazioni chirurgiche del diabete ed insulina.

UFFREDUZZI riferisce su tre casi di diabete grave con complicazioni chirurgiche (gangrena delle dita del piede, fistola ipogastrica consecutiva a prostatectomia, grave gangrena progressiva del piede) i quali prima dell'intervento vennero sottoposti a terapia insulinica. Nel primo caso si potè limitare l'amputazione alle dita del piede e si ebbe guarigione per prima intenzione in 12 giorni, nel secondo caso in seguito alla cura insulinica la fistola si chiuse in breve tempo, nel terzo la gangrena si arrestò rapidamente. L'O. ritiene che in ogni caso di complicazione chirurgica del diabete si debba prima e dopo dell'operazione procedere ad una cura coll'insulina più o meno intensa a seconda della gravità del caso.

Sopra due casi di simpaticectomia periarteriosa per ulcus perforans pedis.

UFFREDUZZI ritiene che l'azione benefica della simpaticectomia periarteriosa sia dovuta all'iperemia arteriosa che consegue all'operazione. Non crede che alcuna delle teorie invocate a spiegazione del fatto possa essere accettata, ma pensa piuttosto ad un riflesso provocato dalla stimolazione portata sul simpatico, che si trasmetterebbe al midollo e da questo per la via dei nervi misti raggiungerebbe i vasi provocando la dilatazione. Questa si prolungherebbe più o meno a seconda del diverso grado di reazione dei vari individui.

I migliori risultati si ottengono nelle causalgie, ulceri trofiche, spasmi permanenti, morbo di Raynaud; incerti invece sono nella epilessia, tubercolosi delle articolazioni, malattie della pelle (psoriasi, eczemi, ecc.).

Sulla frequenza della infezione erpetica latente.

BASTAI e BUSACCA hanno ricercato il virus erpetico nel liquor e nel sangue inoculando questi liquidi nella cornea del coniglio e ritenendo positivi i casi in cui si provocava una cheratite trasmissibile in serie. Di 21 individui esaminati 3 diedero reperto negativo nel liquor e nel sangue, 18 reperto positivo nel liquor, 14 reperto positivo nel sangue. In nessun individuo il reperto fu positivo nel sangue e negativo nel liquor, in quattro si ebbe il fatto opposto.

Gli OO. ritengono in base a queste esperienze che l'infezione erpetica anche nell'uomo, è una infezione generale, capace di rimanere allo stato latente nell'organismo, e che quest'ultima evenienza è un fatto molto frequente e induce a credere che la maggior parte delle manifestazioni erpetiche che si osservano nell'uomo, per le più varie cause occasionali, altro non siano che recidive dell'infezione latente. PIETRO SISTO.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 16 maggio.

Su di un caso interessante di presentazione di fronte in bacino viziato per paralisi infantile, studiato nella sua documentazione radiologica.

ALFIERI e BORTINI. — Gli OO. presentano un caso di presentazione di fronte in una donna con bacino viziato per arresto di sviluppo della metà sinistra del bacino e dell'arto inferiore sinistro per paralisi infantile, nel quale si sono potute seguire radiograficamente le successive e diverse modificazioni di rapporto della testa fetale col contorno pelvico e ne dimostrano i radiogrammi.

Insulina e glicolisi.

V. DUCCESCHI. — L'insieme delle ricerche esposte dal relatore dimostra che l'insulina non modifica la velocità del processo di glicolisi in presenza di H_2O_2 e di fosfati e che sul decorso della fermentazione alcoolica quella sostanza non esercita una influenza apprezzabile. Ciò non esclude che l'insulina spieghi una qualche azione sulla scomposizione della molecola del glucosio in presenza di principii attivi contenuti in qualche tessuto. Con questo indirizzo sta ora compiendosi una seconda serie di ricerche.

GANASSINI. — Fa presente le recenti ricerche dell'Isconesco e Bouge le quali dimostrano che l'insulina agendo sul glucosio in vitro modifica sensibilmente il potere rotatorio ma non il potere riducente. L'insulina però ha un'azione manifesta nell'aumentare notevolmente la glicolisi in vitro del sangue; indipendentemente dalla presenza di succo di organi agirebbe quindi l'insulina come un attivatore del fermento glicolitico.

DUCCESCHI. — Nella sua esposizione non ha citato per brevità gli OO. che hanno notato discordanze fra il potere rotatorio ed il potere riducente del sangue, in rapporto con l'azione dell'insulina, come non ha ricordato altre serie di lavori non concordanti nei risultati. Nelle sue ricerche in vitro egli non ha potuto mettere in rilievo nessuna mancanza di parallelismo fra i dati del polarimetro e quelli dell'analisi chimica.

Insulina e massa di sangue.

L. VILLA. — L'O. dopo aver ricordato di aver ottenuto risultati negativi in ricerche di glicolisi in vitro, espone un rilievo positivo, la diminuzione della massa sanguigna per effetto dell'insulina.

Il fenomeno, nuovo nelle ricerche sull'insulina, si esplica a carico della parte plasmatica del sangue, poichè aumentano relativamente emoglobina e globuli rossi. Inoltre le variazioni dell'indice di rifrazione del siero, l'inibizione della diuresi nelle prime ore, si accordano ai dati suddetti a costituire un nesso fenomenico molto armonico. L'interesse del rilievo sta nella possibilità di interpretazione che esso offre del meccanismo di azione dell'insulina, come l'O. mette in evidenza.

Contributo alla cura della sifilide congenita col bismuto.

G. C. BENTIVOGLIO. — La casistica dell'O. comprende 16 casi, in prevalenza lattanti, trattati col Trépol, Spironal III, Neotrépol. Risultati favorevoli sulla craniotabe sifilitica, sulla paroninchia, corizza, in qualche manifestazione di sifilide nervosa, scarsissimi sulla splenomegalia, nulli in un caso di Parrot.

Influenza sulla reazione Wassermann buona. Rilievi ematologici varii (polinucleosi neutrofila, reazioni cromometriche).

Vantaggi dello Spironal III e specialmente del Trépol in confronto del Bismuto metallico. Riguardo alla tollerabilità generale, l'O. insiste sull'utilità di sorvegliare il comportamento del peso e della emoglobina specie nei lattanti e sull'opportunità di moderare e distanziare le dosi comunemente indicate. Raccomanda infine di praticare la cura mista con il mercurio la cui attività sui prodotti determinati dalla spirocheta, completa efficacemente l'azione treponemicida del bismuto.

SPOLVERINI. — Le conclusioni a cui è giunto il dott. Bentivoglio sembrano all'O. assai importanti in specie dal punto di vista pratico in quanto che dimostrano come negli eredoluetici possa farsi affidamento sicuro sui preparati di bismuto come sterilizzatore senza pericolo di danni immediati di qualsiasi genere a carico del piccolo organismo come invece può accadere coi preparati arsenicali, i quali appunto per questo motivo sono ancora poco entrati nell'uso comune. Conviene solo vigilare la quantità di medicinale da inoculare ed il tempo che deve intercedere tra una iniezione e l'altra, nonchè tenere sempre in osservazione l'andamento del peso per evitare una possibile ed accentuata diminuzione.

Fragilità congenita delle ossa.

U. FERRI. — Riferisce un caso di fragilità congenita delle ossa in una bambina di tre mesi e mezzo che ha presentato complessivamente sette fratture spontanee delle diverse ossa lunghe (una sola endouterina). L'esame radiologico dell'apparato scheletrico della bambina ha dimostrato trattarsi di un caso tipico di osteogenesis imperfetta. Oltre alla anomalia del sistema osseo esistono anomalie di organi e sistemi di natura mesenchimale. Tali anomalie possono venire in appoggio della conce-

zione patogenetica del Bauer Heinrich di vizio di formazione del mesenchima. La ricerca del calcio nel l. c. r. dimostra un'inversione del normale rapporto tra calcio ioni e calcio organico. La terapia istituita mediante irradiazioni generali col sole d'alta montagna artificiale pare abbia dato buoni risultati in base sopratutto al ritorno alla normalità del rapporto fra calcio ioni e calcio organico nel liquor.

Innesti di ovaia in animali vecchi.

VITTORIO PETTINARI. — L'O. presenta due cani vecchi ai quali innestò delle ovaie di animali giovani. Il primo animale di sesso femminile, dell'età di circa 17 anni, che il padrone aveva consegnato perchè, data la tarda età, fosse ucciso, non solo subì una completa trasformazione nell'aspetto e nel contegno che gli diede l'apparenza di un animale giovane, ma, dopo 1 anno e 3 mesi dall'operazione partorì 5 cagnolini sani e perfettamente conformati che allattò normalmente. Anche nel secondo animale di sesso maschile l'innesto ovarico produsse una profonda modificazione; il cane ritornò resistente e vivace e riacquistò la piena attività sessuale.

L'O. prospetta alcuni dei più interessanti problemi sollevati da queste esperienze in attesa che l'osservazione di altri animali operati e l'esame istologico degli innesti possano fornirgli i dati per la loro interpretazione. FRANCESCO RICCI.

IV Conferenza internazionale contro la Tubercolosi.

(Losanna, 5-8 agosto).

Questa Conferenza è stata caratterizzata da un numeroso intervento di studiosi italiani, fatto che fino ad ora non si era mai verificato nelle precedenti riunioni analoghe tenutesi a Bruxelles, a Londra, ecc.

Ciò, oltre che alla benemerita attività della nostra Federazione Nazionale, si deve certo anche al sempre maggiore incremento che in Italia prende la lotta contro il morbo tubercolare, ed al numero ognora crescente di nostri colleghi che vi si dedicano.

Hanno partecipato ai lavori della Conferenza il Presidente della Federazione Italiana, on. prof. R. Paolucci, ed il segretario generale prof. G. Mendes, che hanno presentato una dettagliata relazione sull'attuale stato della lotta antitubercolare in Italia ed un resoconto circa l'esito del *referendum* indetto dalla Federazione fra i nostri tisiologi ed ostetrici sull'argomento *«Gravidanza e tubercolosi»*.

Il prof. Carpi di Milano ha esposto una relazione circa l'opportunità di praticare nelle donne incinte affette da tubercolosi una terapia conservativa, avvalendosi di tutte le risorse terapeutiche e specialmente del pneumotorace, nei casi nei quali ve ne sia l'indicazione.

Il prof. Fici di Palermo ha pure esposte le sue vedute su tale argomento, riportandosi agli studii ben noti del De Giovanni e del Viola.

Il prof. Ronzoni, in tema di organizzazione antitubercolare, ha comunicato un interessante prospetto dell'organizzazione per la lotta contro la tubercolosi che si è attuata nella provincia di Milano, ed in materia di organizzazione profilattica ed assistenziale hanno pure parlato il prof. Levi di Roma ed il dott. Bocchetti di Anzio.

Fra gli altri nostri connazionali che hanno preso assidua parte ai lavori del Congresso notiamo ancora il prof. Fagiuoli di Verona, il prof. Comba di Firenze, il prof. Malan di Torino, il prof. Campani del Sanatorio di Cuasso al Monte, il prof. Angelini, il prof. Pecori, il dott. Petacci ed il dottor Della Seta di Roma, il prof. Germano di Bari, il prof. Capasso di Napoli, il dott. Bertolini del Sanatorio di Prasomaso, il dott. Sartori del Sanatorio di Arco, il dott. Roatta del Dispensario di Firenze, la dott.ssa Gobbi del Sanatorio di Sortenna, il dott. Zubiani di Como, il maggiore m.co Rinaldi, ecc.

Gli argomenti posti all'ordine del giorno del Congresso erano, come è noto, tre. Il primo di carattere strettamente batteriologico e cioè la possibilità o meno che esistano in natura o possano ottenersi artificialmente delle forme bacillari saprofitiche capaci di trasformarsi in bacilli tubercolari virulenti, è stato trattato dal Calmette dell'Istituto Pasteur, il quale ha concluso in senso assolutamente negativo.

Il secondo tema, che trattava dei rapporti tra lo stato di gestazione e la tubercolosi è stato ampiamente svolto dal prof. Forssner di Stoccolma che ha presentato anche degli interessanti dati statistici per dimostrare che in molte donne tubercolose la gravidanza non rappresenta quella grave complicazione che molti credono e che l'aborto artificiale deve essere riservato a casi assolutamente eccezionali.

La discussione, alla quale, come si è detto, hanno preso parte anche diversi nostri connazionali, si è poi svolta molto vivacemente pro e contro le affermazioni del prof. Forssner, ma la conclusione del dotto dibattito è stata in massima favorevole alla tesi sostenuta dal relatore.

Sir Robert Philip di Edimburgo, l'ideatore e creatore del primo dispensario d'Igiene sociale, ha infine trattato con la sua alta competenza il terzo tema di carattere sociale: gli effetti dell'organizzazione della lotta antitubercolare sulla diminuzione della mortalità per tubercolosi.

Chiusasi la Conferenza, molti dei congressisti (tra i quali 16 italiani) hanno preso parte ad un viaggio di istruzione per le varie stazioni climatiche e sanatoriali della Svizzera.

Le stazioni di Leysin, di Montana, di Thoune con l'interessantissimo sanatorio popolare di Heiligenschwendi, di Davos e di Arosa, hanno offerto così una larga ed istruttiva ospitalità ai visitatori il cui gruppo si è sciolto a Zurigo il 16 agosto.

Il Consiglio direttivo dell'Unione Internazionale contro la tubercolosi in seguito a precedenti accordi ha stabilito che la prossima Conferenza internazionale avrà luogo a Washington nel 1926.

I consiglieri italiani hanno poi ottenuto buon affidamento che dopo Washington, la sede della Conferenza internazionale venga fissata a Roma.

G.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La sifilide esofagea.

Contrariamente a quanto si poteva supporre a priori, da quando l'esplorazione dell'esofago si è fatta più precisa con i sussidii della radioscopia e della esofagoscopia, i casi di sifilide di quest'organo sono diventati sempre più eccezionali. Se poi si tolgono dalla statistica i casi costituiti dall'estensione di un processo sifilitico e cicatriziale del faringe o del laringo-faringe all'esofago, il numero diventa proprio minimo.

J. Guisez (*Bull. de l'Académie de médecine*, 15 aprile 1924), ricercando tutta la letteratura della patologia esofagea ha potuto trovare soltanto 6-7 casi di sifilide. In 3.000 esofagoscopie, fatte dallo stesso A. si è trovato un caso netto ed uno dubbio. I precedenti osservatori arrivavano alla diagnosi di sifilide esofagea per esclusione; ora occorre tener presente che molte stenosi esofagee sono di origine nettamente infiammatorie. Lo spasmo porta la stasi, l'esofagite e la stenosi infiammatoria consecutiva. In molti casi di stenosi esofagee etichettate sifilitiche, l'A. di fatto ha trovato che invece erano cicatriziali, infiammatorie; quasi tutte avevano sede al cardias, punto di predilezione di tale lesione. In molte stenosi ritenute da cancro, nelle quali, ad ogni buon conto si fece il trattamento specifico, non si ottenne alcun effetto, ciò che dimostra che il sospetto era infondato. Bisogna dunque ritenere che la sifilide non ha alcuna predilezione per l'esofago e che non si deve parlarne troppo nella diagnosi differenziale della stenosi esofagee, in cui anzi il trattamento specifico può portare inconvenienti.

fil.

Faringiti influenzali.

Duprat (*Journal des Praticiens*, 1924, n. 8) osserva che nel corso di una epidemia influenzale sono state viste delle vere faringiti grippali caratterizzate dai fatti seguenti:

1) Il retrobocca appare come verniciato, con mucosa ricca di arborizzazioni capillari rosso vivo, a livello dell'ugola, dei pilastri, delle tonsille e della parete posteriore del faringe.

2) Vi è forte dolore alla deglutizione, sproporzionato al lieve turgore della regione. Il dolore si esaspera verso sera, raggiunge il suo acme durante la notte, diminuisce alle prime ore del mattino.

Sintomi generali bene evidenti sono rari: può esservi tracheo bronchite banale, tosse stizzosa, stanchezza, cefalea lieve.

Questa faringite grippale è ribelle ai comuni medicamenti. Il trattamento più efficace consiste in: lieve ovattatura del collo, alimentazione liquida o semiliquida, riposo in camera, ed ogni due ore polverizzazione faringea per due o tre minuti con olio di vasellina puro. Può giovare inoltre una dose di 4 gr. di clorato di potassio al giorno, in una pozione da prendersi ogni due ore prima delle polverizzazioni.

PERSIA.

Sul carcinoma gastrico.

D. Cheever (*Boston med. and. Surg. journ.*, 6 marzo 1924) in base all'esperienza personale ed a statistiche di vari autori afferma che non pochi casi di carcinoma gastrico, diagnosticati precocemente, cioè prima che siano invase le ghiandole retroperitoneali, possono guarire definitivamente con l'operazione. La resezione gastrica deve essere piuttosto generosa, del resto è risaputo che lo stomaco non è un organo essenziale alla vita. L'invasione delle sole ghiandole della piccola curvatura non controindica l'operazione.

L'esame radiologico, fluoroscopico e radiografico, permette, secondo l'A., una diagnosi sicura in oltre il 90 % dei casi, talchè converrebbe praticare la laparotomia esplorativa anche nei pochi casi dubbi.

È inutile intervenire, o proseguire l'operazione, quando vi sono trapianti peritoneali, epatici, o in altri organi. Tali evenienze, in un periodo precoce, non sono frequenti. Non sempre è facile colpire il tumore nel periodo iniziale, perchè talora decorre completamente latente, oppure i sintomi sono così lievi e indeterminati che non inducono in sospetto.

È anche raro trovare ai raggi un tumore non prima sospettato clinicamente.

DORIA.

Ematemesi senza lesioni.

G. Monod (*Proceedings of the R. Soc. of medicine*, maggio 1924) si domanda se realmente esista l'ematemesi senza lesioni e come essa debba intendersi e trattarsi. Ai 29 casi pubblicati da W. Hale-Whit, l'A. ne aggiunge ora altri tre, nei quali, in base all'ematemesi, venne diagnosticata un'ulcera gastrica, che poi all'atto operativo non venne ritrovata. In due casi, si trattava di un gemizio, forse da lesioni micro-

scopiche, nel terzo la congestione era dovuta a stenosi duodenale. Altri casi vennero riferiti da altri osservatori.

L'A. ritiene che si possa eliminare come causa la clorosi e che si debba andare cauti nel parlare di emorragie vicarianti. Il gastrologo francese Mathieu aveva distinto due varietà di emorragie gastriche nervose, quella isterica e quella emozionale; ma per i casi di questo autore, non controllati chirurgicamente, non si può escludere l'ulcera. In complesso sembra che le cause della ematemesi senza lesioni possano riferirsi a disturbi vasomotori, originati per mezzo del sistema nervoso da disturbi viscerali degli organi vicini. In tal modo si spiegano le ematemesi in casi di appendicite e di colecistite.

La prognosi in generale è buona. Per quanto riguarda il trattamento, alcuni hanno trovato giovamento nell'intervento chirurgico, il quale agirebbe in quanto che una lunga incisione a traverso le pareti dello stomaco produrrebbe una enervazione di questo. La cura medica consiste soprattutto nel completo riposo.

fl.

La cura ambulatoria dell'ulcera gastro-duodenale.

Il metodo di cura di Leube e Ziemssen, consistente in un riposo assoluto protratto per 4-6 settimane, combinato con opportuno trattamento dietetico, è indicato solo nell'ulcera gastro-duodenale con gravi emorragie.

Qualora invece l'emorragia sia occulta, o per lo meno di grado minimo, il costringere l'individuo in letto è provvedimento superfluo, e rappresenta un inconveniente notevole d'indole economico, per la sospensione di ogni attività produttiva. In tali casi potrà quindi essere applicato il metodo ambulatorio descritto da I. Boas (*Deut. Med. Woch.*, n. 24, 1924).

L'individuo accudisce ai propri affari, con l'ingiunzione però di astenersi da ogni lavoro fisico o psichico eccessivo, e prendendo i dovuti periodi di riposo nella giornata. La dieta sarà invece osservata scrupolosamente, e consisterà per la prima settimana in un vitto liquido: latte, panna, brodo, uova da bere o frullate; per la seconda settimana, se i sintomi si sono modificati, in aggiunta di qualche biscotto o di pan bianco inzuppati; per la terza settimana in aggiunta di *purée* di patate, di zuppe farinose o di composte di frutta; e infine, per la quarta settimana, in ulteriore aggiunta di verdure passate, latticini e burro.

Come medicamenti i pazienti prenderanno durante tutta la cura polveri composte di bicarbonato di sodio, magnesia usta (o carbonato di magnesia) ed estratto di giusquiamo, somministrate 3 volte al giorno, mezz'ora prima dei pasti, in quantità di un cucchiaino da tè.

Con tale sistema di cura i dolori scompaiono in genere nella prima o seconda settimana, e dopo 4-6 settimane si riesce in molti casi a veder cessare del tutto il dolore alla pressione e le emorragie occulte, la di cui scomparsa rappresenta il criterio fondamentale per dichiarare l'ulcera clinicamente guarita.

M. FABERI.

Appendicite acuta e ostruzione intestinale.

H. Ragner (*Brit. med. journ.*, 17 maggio 1924) rileva che nell'appedicite acuta si possono presentare fenomeni d'ostruzione intestinale sia di natura paralitica, sia di natura organica (aderenze, briglie, angolizzazione dell'ileo).

Il quadro dell'ostruzione intestinale è talora poco evidente, talora invece passa in prima linea, sì da far disconoscere l'appendicite. Ciò accade specialmente quando si è formato un ascesso circoscritto, specie nella pelvi: i disturbi risalgono ad una o due settimane, e il paziente ricorda generalmente un intervallo di miglioramento o di apparente guarigione, seguito dall'inizio dei sintomi di ostruzione. Non è raro osservare un certo grado di ostruzione intestinale nelle prime quarantotto ore di una appendicite pelvica: l'intervento rimedia anche a tale complicazione.

Si possono osservare ostruzioni intestinali anche dopo l'operazione, talora anche a distanza di alcuni giorni. In convalescenza non è molto raro osservarne, specie dopo un'operazione seguita da drenaggio: in tali casi l'ostruzione suole istituirsi gradualmente.

Alle occlusioni preoperatorie è generalmente facile metter riparo con l'operazione. Le postoperatorie vanno dapprima trattate medicalmente, abolendo ogni introduzione di cibi e liquidi per la bocca, praticando ipodermoclisi, attuando il lavaggio dello stomaco. Possono giovare piccole dosi di morfina per la calma e il sonno che provocano. Se in uno o due giorni non si ottiene vantaggio, occorre intervenire nuovamente, praticando l'ileocolostomia, o l'enterostomia. Non basta, in questo periodo la semplice discissione delle aderenze eventuali. In tutte le occlusioni della convalescenza è necessario l'intervento.

DORIA.

Ascesso della fossa ischio-rettale.

Hartmann (*Journal des praticiens*, 31 maggio 1924) riporta il caso seguente. Una donna, che soffriva di costipazione, sentì nel defecare, una strappatura all'ano, dove apparve

un ingrossamento; ebbe poi dei dolori vivi ed in seguito un ascesso che si aprì, lasciando colare del pus. Probabilmente essa aveva avuto una piccola lesione della mucosa anale che si è infettata, dando una linfangite e poi l'ascesso.

L'esame del paziente in questi casi si fa mettendolo sul lato malato, con l'arto superiore flesso e l'altro esteso. Si vede allora ai lati dell'ano una tumefazione estesa (fino a cinque dita dall'ano nel caso dell'A.), ben differente da quella che si osserva negli ascessi del margine anale.

Questi ascessi della fossa ischio-rettale sono abbastanza rari; la loro gravità però è ben maggiore che per quelli del margine. Gli ascessi sottocutanei mucosi, anche se alti, possono essere trattati semplicemente col termocauterio, quelli ischio-rettali non possono trattarsi allo stesso modo poichè, trovandosi sotto una cavità extrasfinterica, si taglierebbe l'apparecchio sfinterico. Occorre quindi precisarne la localizzazione. I più gravi sono quelli che vengono dalla regione soprastante all'elevatore dell'ano. Gli altri hanno il punto di partenza nella regione anale, come nel caso dell'A.; basta allora sezionare le parti, dall'ulcerazione endoanale, ed in tal modo non si tagliano che poche fibre inferiori dello sfintere.

fil.

Trattamento delle emorroidi turgescenti e sanguinolenti.

Si proceda al taxis moderato dei tumori dolenti e procidenti evitando ogni incisione ed applicazione di sanguisughe. All'*interno* si prescrive l'ippocastano: *Intrait* di ippocastano in polvere g. 1; alcool a 90°; glicerina anag. 10; estratto fluido di hamamelis g. 20. Se ne danno XII gocce tre volte al giorno, in un po' d'acqua; oppure X gocce di alcoolatura di ippocastano.

Localmente; è nota l'azione favorevole delle applicazioni rettali di correnti d'alta frequenza. Si faranno applicazioni calde rinnovate spesso; le polverizzazioni fenicate (*sic!*) decongestionano i tessuti e fanno sparire l'elemento spasmodico. Sono consigliabili anche i suppositori di cacao g. 3; *Intrait* di ippocastano cg. 5; estratto tebaico, estr. di belladonna anagr. 5. Priessmann (*Journal des praticiens*, 31 maggio 1924) raccomanda le applicazioni jodate: jodio cg. 20; joduro di potassio g. 2; glicerina g. 35. Se ne imbevono dei tamponi di cotone, che si applicano sulle emorroidi, rinnovandoli ogni tre ore.

fil.

SEMEIOTICA.

I sintomi precoci della polmonite.

T. Howard (*N. Y. State journ. of med.*, 18 aprile 1924), dice che due sintomi sono da tenere fin da principio nel massimo conto: l'aumento della frequenza del respiro e la leucocitosi. Ogni dolore addominale deve indurre ad un attento esame anche del torace. L'ipofonesi timpanitica va ricercata anche anteriormente. Se il malato non può mettersi a sedere non si può far troppo assegnamento sulla percussione posteriore del torace nel decubito laterale, e neanche sull'ascoltazione posteriore dei primissimi segni, cioè sul murmure indebolito. Ha qualche importanza la constatazione unilaterale di un esagerato respiro costale superiore, che si può rilevare facendo decombere il malato successivamente sui due lati. Depone per la polmonite la presenza di rantoli crepitanti o sottocrepitanti in una zona circoscritta, meglio udibili sotto i colpi di tosse: essi possono scomparire se il paziente decombe sull'altro lato e rendersi più evidenti quando decombe sul lato affetto.

Doria.

VARIA

Disciplinamento della malarizzazione terapeutica in Inghilterra.

Il « Board of Control » (un corpo governativo che regola il trattamento dei malati di mente) ha stabilito delle misure per impedire la diffusione della malaria inoculata a scopo curativo, durante il periodo di attività dell'*Anopheles maculipennis*, cioè da maggio ad ottobre. I soggetti inoculati devono essere trattenuti in corsie « a prova di zanzare » o sotto zanzariere, finchè l'esame microscopico non abbia dimostrato che sono divenuti privi di gametociti; la malarizzazione potrà essere praticata solo in ospedali in grado di soddisfare queste condizioni; i casi di malaria conferita artificialmente dovranno essere denunziati all'ufficiale sanitario del posto, al momento di essere dimessi dagli ospedali; quest'informazione dovrà poi essere trasmessa all'ufficiale sanitario del posto ove essi si recano a risiedere.

Il ministro della salute prepara un breve corso pratico, per un numero ristretto di medici, sulla malarizzazione terapeutica, con particolare riguardo all'esame del sangue per la ricerca degli ematozoi specifici ed alla cura dei pazienti inoculati. (*Annali d'Igiene*).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

QUESTIONI PRATICHE.

LIX. — È possibile la titolarità di due condotte in Comuni diversi?

« È legittima, e non può ritenersi che larvi un licenziamento disciplinare, la deliberazione che dichiara dimissionario un sanitario, il quale — diffidato previamente dal Comune ad optare fra la condotta del Comune stesso e un'altra condotta — abbia continuato a tenerle ambedue ».

(Consiglio di Stato, Sezione V, decisione 6 giugno 1924, n. 391, ric. Niutta).

Nel caso deciso si trattava di condotta veterinaria; identica è la situazione per le condotte medico-chirurgiche ed ostetriche.

È logico che sia così. L'assunzione della condotta vincola l'opera professionale del sanitario a tutte le esigenze delle persone aventi diritto all'assistenza gratuita e ad altri doveri complementari, anche verso gli abbienti (articolo 4 R. D. 30 dicembre 1923, n. 2869); vincola cioè ad una prestazione complessa che presuppone e richiede continuità ed intensità di opera, residenza nel Comune, destinazione dell'attività professionale a quel determinato obbietto che è la finalità del rapporto di impiego, salve si intende le prestazioni per le quali non esista incompatibilità. A norma dell'art. 40 del R. D. 30 dicembre 1923, sono incompatibili il commercio per professione abituale e le occupazioni non conciliabili, a giudizio dell'amministrazione comunale, con l'osservanza dei doveri e col decoro dell'ufficio; in ogni caso, la incompatibilità può essere anche di fatto.

È ovvio che il sanitario non può assumere contemporaneamente e in *posizione stabile* la responsabilità di due condotte nè in Comuni diversi, per le ragioni già dette, nè nel medesimo Comune perchè ad ogni condotta corrisponde un solo titolare e se un solo medico fosse sufficiente le due condotte dovrebbero essere unificate. Abbiamo detto: « posizione stabile » perchè non è esclusa la possibilità di incarichi *provvisori* per servizi in Comune vicino o per altra condotta vacante, nello stesso Comune, sempre però col consenso dell'amministrazione comunale.

LX. — Azioni e ricorsi contro provvedimenti deliberati in forza del decreto 27 maggio 1923.

Anche in tema di riduzione di pensioni deliberate in applicazione del R. D. 27 maggio 1923, n. 1177, è competente il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale a conoscere dei relativi provvedimenti, in forza dell'art. 4 del citato decreto, il quale esclude qualsiasi azione giudiziaria e solo ammette il ricorso al Consiglio di Stato o in via straordinaria al Re.

I provvedimenti deliberati in applicazione del R. D. 27 maggio 1923, in quanto sono soggetti all'approvazione della G. P. A. a norma dell'art. 217 della legge Com. e Prov. (t. u.) non possono essere direttamente denunciati al Consiglio di Stato, dovendo prima essere obbietto di ricorso gerarchico al Governo del Re (art. 238 legge Com. e Prov.), salvo il ricorso al Consiglio di Stato contro il R. decreto emesso in seguito al ricorso gerarchico.

Così statuendo, con decisione 14 giugno 1924, n. 386, la IV Sezione del Consiglio di Stato conferma la sua giurisprudenza circa i ricorsi contro i provvedimenti deliberati dagli enti locali in applicazione dei noti decreti 27 maggio e 24 settembre 1923.

Già ne segnalammo la stranezza e il contrasto col testo chiaro e preciso dell'art. 4 del decreto 27 maggio; ma, sino a quando un ravvedimento o, piuttosto, la interpretazione autentica dell'art. 4, non avranno corretto l'errore della giurisprudenza, conviene tener conto anche delle regole che risultano da essa.

a) È esclusa qualsiasi azione giudiziaria, o in sede giurisdizionale di merito (G. P. A.); questa norma è testuale e indiscutibile.

b) Contro i provvedimenti soggetti ad approvazione tutoria, quale che sia il contenuto di essi, si deve prima ricorrere in via gerarchica al Governo del Re (termine 15 giorni dalla notificazione). Sono quindi soggetti a controllo gerarchico tutte le deliberazioni dei Comuni *concernenti riforma di organico*, anche se deliberate dai Consigli comunali, e quelle approvate dai Commissari Regi con i poteri del Consiglio anche se non si tratti di riforma di organico; p. es. dispensa dal servizio.

c) Le deliberazioni dei Consigli comunali o dei Commissari prefettizi concernenti la dispensa dal servizio non sono soggetti a ricorso gerarchico; quindi si deve ricorrere contro di esse direttamente al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale.

Se dallo stesso verbale di deliberazione risultino due provvedimenti cioè, riforma dell'organico e conseguente dispensa dal servizio, per il primo, in quanto si impugni la riforma per motivi ad essa inerenti, si ricorre in via

---

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

gerarchica; per il secondo, cioè in quanto si denunci la dispensa dal servizio, per motivi ad essa propri, si ricorre al Consiglio di Stato.

La conseguenza è stravagante; ma, allo stato delle cose, questa è la giurisprudenza. Infatti, con decisione 28 giugno 1924, n. 438, la IV Sezione ha dichiarato che lo stesso ricorso era inammessibile, in quanto era diretto contro la riforma dell'organico, era invece ammessibile nella parte riguardante la dispensa dal servizio deliberata, nella stessa seduta, per effetto della riforma; e giudicando, per questa doglianza, del merito del ricorso, la IV Sezione annullò la deliberazione di dispensa dal servizio perchè adottata in una seduta convocata dal Sindaco senza consenso espresso o almeno tacito della Giunta. Rimase ferma invece la riforma dell'organico, che era stata deliberata nella stessa seduta illegale e che era il presupposto della dispensa dal servizio, la quale, perciò, era a sua volta un corollario della riforma organica.

In queste condizioni è atto prudente seguire le due vie: quella della legge e l'altra della giurisprudenza. Così si evitano infortuni.

LXI. — Nullità delle deliberazioni approvate in adunanze convocate dal Sindaco senza consenso della Giunta.

È nulla una deliberazione del Consiglio comunale adottata in una seduta convocata dal Sindaco, senza consenso espresso o almeno tacito della Giunta municipale. La decisione 28 giugno 1924, n. 438, della IV Sezione del Consiglio, così statuendo, contiene le seguenti osservazioni.

« L'art. 124 del T. U. Legge Com. e Prov. dà facoltà al Sindaco di convocare le sedute straordinarie del Consiglio, lasciando però nel contempo ferme le disposizioni di cui all'art. 139 L. C. P. per le quali è stabilita l'esclusiva competenza della Giunta per la fissazione del giorno per l'apertura delle sessioni ordinarie e per la convocazione di quelle straordinarie del Consiglio

« Stabilito in fatto che nessuna delle deliberazioni di Giunta fu presa circa la fissazione del giorno della seduta straordinaria, di fronte alla tassativa disposizione di cui all'art. 139 del T. U. non resta che esaminare se o meno tale deliberazione mancata possa efficacemente essere sostituita da altro equipollente e se, nel caso affermativo, tale atto sia in effetti intervenuto. La lettera della legge nonchè una quasi costante giurisprudenza, suffragono il principio della inderogabilità della competenza della Giunta nello stabilire il giorno per la fissazione delle sedute consigliari, sia ordinarie che straordinarie, nè servirebbe obbiettare che l'accordo del Sindaco con la Giunta può essere anche tacito e che nella specie risulta da fatti significativi. Ma questi fatti, che in ogni modo sarebbero avvenuti in tempo posteriore alla fissazione del giorno della seduta, possono al massimo significare rinunzia a sollevare eccezioni, non sono però atti a sanare una nullità sorta da una violazione di legge d'ordine pubblico, di una legge che, separando nettamente la competenza del Sindaco da quella della Giunta, volle evidentemente impedire una reciproca delegazione ».

A proposito di questo giudicato, avvertiamo che è opportuno e spesso utile accertare, almeno in fatto, salvo poi a documentare, il procedimento seguito dal Comune, per la convocazione del Consiglio, l'ordine del giorno, ecc. quando ci si chiede parere o assistenza.

Talvolta situazioni di giustizia, che non potrebbero essere intrinsecamente controllate, sono salvate da inadempimenti formali, che possono sembrare di lieve entità.

LXII. — La efficacia della partecipazione condizionale ad un concorso.

È principio elementare di diritto che, quando una dichiarazione di volontà è vincolata al verificarsi di un determinato evento futuro ed incerto, finchè l'evento non siasi verificato, l'efficacia dell'atto giuridico è sospesa; ma, quando l'evento si è verificato, l'atto acquista senz'altro la sua efficacia dal momento della emanazione di esso.

Applicazione di questo principio: quando si abbia una domanda di partecipazione ad un concorso, con la dichiarazione che si intende rinunziarvi se si verifichi un determinato evento (nella specie, qualora intervenga un determinato provvedimento concernente la circoscrizione dell'impiego oggetto del concorso) qualora l'evento si verifichi, la rinunzia diventa valida *ex tunc* e senz'altro.

Il caso così deciso dalla IV Sezione del Consiglio di Stato con la decisione 20 giugno 1924, n. 394, riguardava un concorso al posto di notaio. Ma il principio giuridico, concernente la efficacia delle domande sottoposte a condizione, è applicabile ai concorsi pubblici in genere.

N. B. — *Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina, 14 - Roma (6).*

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Malattie Veneree e Malattie Cutanee.

Risposta al prof. BOSELLINI.

Per giudicare serenamente intorno ad un discusso argomento, bisogna distinguere le opinioni individuali dai fatti obbiettivi. Le prime variano da uomo a uomo, diluendosi spesso in una multiforme ed iridescente disparità di idee, tanto da offrir consistenza di verità al vecchio aforisma: *tot capita, tot sententiae*. I fatti obbiettivi sono invece fissi, immobili, indefettibili: si ergono, come torre ferma che non crolla, al di sopra di tutte le divergenti opinioni umane. *Contra factum nullum argumentum.*

Ora per quanto riguarda la questione della Dermosifilopatia, un fatto materiale emerge chiaro ed incontrastato: che la scissione della Specialità, in molte circostanze di tempo e di luogo, è già un avvenimento compiuto e superàto.

Doveri di convenienza mi impongono di non dilungarmi in dimostrazioni. Ma mi basta accennare quanto segue:

1) In nazioni più evolute della nostra l'insegnamento della Sifilo-venereologia è nettamente separato da quello della Dermatologia.

2) Nel campo pratico prosperano all'estero le categorie distinte degli Specialisti delle malattie veneree e di quelli delle malattie cutanee, vivendo ognuna una vita indipendente ed avendo origini, metodi, finalità diverse.

3) L'esperienza professionale dimostra che già da parecchi anni i confini della Specialità Venerea non sono più ristretti al vecchio gruppo delle classiche affezioni. E qui apro una parentesi sopra una questione di parole, che può dar adito ad equivoci. Per *Malattie Veneree* oggidì non si devono più intendere solo le forme *da contagio venereo*, ma anche le malattie *della funzione venerea*. E quindi l'impotenza, la spermatorea, il priapismo, il vaginismo, la frigidità, la ninfomania, ecc., entrano a far parte di questo gruppo. Il quale fuori dell'ambiente scientifico viene dai profani riconosciuto e contraddistinto col nome di *Malattie Segrete*. Per ottemperare così ad esigenze di indole sociale, si è allargato il dominio della Specialità, rompendo i ponti che la tenevano ancora avvinta alla Dermatologia.

4) Nella nostra Italia le *Malattie Segrete*, insieme con le branche di immediata dipendenza, quali l'*Igiene Sessuale*, la *Disciplina della Prostituzione*, ecc., vengono coltivate — sotto forma di Specialità — da colleghi che già prima hanno compiuto un lungo tirocinio teorico e pratico nella Medicina Interna; e pare che l'opinion pubblica — che è poi la *suprema judicatrix* di noi medici e delle cose nostre — non li consideri da meno di quelli che si sono perfezionati presso le Cliniche Dermosifilopatiche.

Dalle suesposte circostanze io deduco anzitutto questa considerazione: che cioè il solco che già in Italia sta separando le due Materie tende sempre più ad approfondirsi per fatale necessità di eventi. Infatti a motivo degli incessanti progressi compiuti specialmente dalle discipline celtiche nell'ultimo ventennio, le due branche si sono ipertrofizzate ed appesantite in modo imprevisto; ed hanno finito col perdere molti punti di contatto.

E poichè l'Italia è un paese arretrato rispetto ad altre nazioni più civili, e finisce sempre col seguire le direttive e l'esempio che vengono d'oltr'alpe, ne deriva di conseguenza che anche fra noi — secondando lo spirito dei tempi che impone il frazionamento di tutte le arti e di tutte le scienze applicate — le Malattie Veneree (o «Segrete» che dir si voglia) finiranno con l'emanciparsi definitivamente.

Bisogna poi intenderci sul concetto di Specialista e sul valore intrinseco di questo moderno tipo professionale. Molti — ed io pure sono di questo avviso — riconoscono un regresso nell'odierna tendenza specializzatrice; perchè il medico che concentra la sua attività in un ramo avulso dallo stipite primitivo, finisce con lo smarrire l'esatta nozione della fisio-patologia umana. Della meravigliosa macchina che è il nostro corpo, egli non riconosce che il breve congegno di alcune ruote, e non si cura più del resto. Il medico perde di prestigio e diminuisce la propria personalità morale.

Ma le esigenze dei tempi rendono indispensabile la divisione del lavoro, e noi non possiamo nelle fata dar di cozzo.

Scarsa è la falange di quegli Specialisti che — come il prof. Bosellini — sanno tenere acceso l'entusiasmo per la scienza e con diuturna lena attendono ad ornare la mente di fecondi studii. I più invece, pressati dai bisogni materiali, limitano la propria attività fra la breve cerchia in cui volontariamente — come il baco nel bozzolo — si sono chiusi. Essi, salvo poche ed onorevoli eccezioni, perdono in estensione quello che guadagnano in profondità, e finiscono col diventare insensibili e refrattarii a tutto ciò che vive e si agita fuori del loro chiuso orizzonte.

E così deve essere a tenor di logica. Non ci è medico che nei suoi rapporti di colleganza non debba ricordare la magra figura cui si è esposto qualche Specialista, quando ha voluto sconfinare dal proprio campo in quello altrui.

Come può adunque uno Specialista Dermatologo possedere una *speciale* competenza per le malattie veneree, quando queste hanno sorpassate le barriere della cute ed invasi gli organi interni? E perchè in tal caso uno Specialista che proviene dalla Dermatologia deve esser preferito a chi per peculiari attitudini e per lunga preparazione ha indiscussa competenza per le malattie interne?

La ristrettezza dello spazio mi impedisce di discutere in particolare su tutte le malattie segrete. Ma voglio far menzione soltanto della sifilide, che veramente presenta notevoli rapporti con la Specialità cutanea, e perciò offre buon giuoco agli oppositori.

La sifilide è malattia di tutti gli organi, ed appartiene a tutte le Specialità: è di pertinenza del dermatologo come del ginecologo, dell'oculista, come del neurologo, ecc.

Io la paragono a un grande albero che approfonda le sue radici nella Medicina Generale, mentre i rami si elevano divaricandosi e penetrando nell'orbita di tutte le Specializzazioni.

Io e gli altri colleghi dedicati al quotidiano esercizio professionale, possiamo osservare come la maggioranza dei sifilitici non si presenti con sintomi cutanei, che oggidì sono diventati rari: sopra 10 luetici 2 o 3 appena rivelano lesioni limitate alla pelle. Le quali devono per altro comparire con più frequenza nelle Cliniche Dermosifilopatiche (dove convengono espressamente le infermità cutanee e non sono ammesse quelle interne) e colà devono assumere parvenza di maggior importanza teorica e pratica. Probabilmente il prof. Bosellini potrà nelle sue condizioni eccezionali presentare diversa statistica. Ma fra la massa del popolo, dove il medico segue i sifilitici per lunghi anni in tutti gli stadii del morbo, le lesioni cutanee risultano in grande minoranza.

Non solo, ma è ormai evidente un fenomeno impressionante e variamente interpretato, che già fino dal 1922 ha attirata l'attenzione non solo mia, ma di molti Specialisti italiani e stranieri: che cioè le ulceri e i sifilodermi vanno rapidamente scomparendo, fino al punto che un giornale francese — la *Revue d'Hygiène* — affermava poco tempo fa (esagerando!) che la sifilide è destinata a sparire.

Certo questi nuovi fatti obbiettivi concorrono a sottrarre sempre più la Sifilografia all'influenza della Dermatologia.

Del resto lo stesso prof. Bosellini ammette che la lue a seconda delle sue manifestazioni appartiene anche all'internista, al neuropatologo, all'oftalmoiatra, ecc.

Ed allora perchè si vuol fare pendere la bilancia a favore della Dermatologia, mentre proprio le lesioni cutanee sono le meno importanti dal lato fisiologico e quindi clinico?

Seguendo questo criterio unilaterale, si potrebbe sostenere che anche la tubercolosi va inglobata nel gruppo delle malattie cutanee. Non rivela essa forse frequenti manifestazioni a carico dei tegumenti, le quali spesso importano difficoltà diagnostiche che possono essere superate solo da chi sia molto versato in Dermatologia?

Il prof. Bosellini mette in rilievo che gli studii odierni tendono a dimostrare i rapporti intimi che intercorrono fra le malattie cutanee e le funzioni interne. L'assolutismo di Hebra ha percorso la sua parabola. Benissimo. Ottimo indirizzo, ma niente affatto nuovo. Il concetto che molte malattie tegumentali siano un sintoma di uno stato morboso costituzionale si intuiva già 25 anni addietro, quando io ero studente. Costituiva un dogma della medicina un secolo fa, allorchè imperava la teoria degli umori. È così saldamente compenetrato nella opinione pubblica che noi medici ce lo sentiamo ripetere tutti i giorni dalle donnicciuole, le quali attribuiscono l'orticaria, l'erpete, i cloasmi ed — ahimè! — anche la scabbia agli umori interni.

Nè il prof. Bosellini si cura di prendere in considerazione alcune mie argomentazioni. Cito a caso le seguenti:

1) Vi ha un rapporto fra impotenza e malattie cutanee?

2) La sifilide ereditaria viene forse inoculata per il tramite della cute?

3) L'*Igiene Sessuale* si deve proprio insegnare insieme con la Dermatologia o con qualche altra branca più affine?

4) Tutte le questioni che riguardano la *Disciplina della Prostituzione* o tutte quelle attinenti agli *Studii Sessuali*, i quali oggidì sono assurti a tanta diffusione, si possono innestare nel Capitolo della Dermatologia?

La divergenza di opinioni è in sostanza meno profonda di quello che possa apparire ad un esame superficiale. Si deve infatti considerare che nessuno oggidì più ammette che le malattie cutanee e le veneree costituiscano un unico blocco; e che il termine *dermo-sifilopatia* fu da tutti accettato per la riconosciuta necessità di una prima distinzione dei due gruppi. I quali già da parecchio tempo hanno cominciato a decorrere paralleli.

E fin qui tutti siamo d'accordo. Il dissenso comincia quando non si vuole riconoscere che i detti gruppi hanno in seguito gradatamente accentuata la loro autonomia, mettendosi in condizioni di poter vivere di vita propria, avendo peraltro entrambi le proprie radici nel seno della grande madre, la Medicina Generale.

Il prof. Bosellini vuol conservare lo *statu quo ante*, ed è di opinione che le malattie veneree debbano seguitare a costituire una categoria — dirò con parola di moda — « fiancheggiatrice » della Dermatologia.

Io, insieme con molti altri colleghi, — mantenendomi, come è mio costume, sul terreno della maggiore obbiettività e professando tutta la stima per chi è di parere contrario — ritengo che esse abbiano ormai acquistato il diritto all'indipendenza ed alla libertà d'azione.

Roma, 5 agosto.

Prof. CESARE ORTALI.

Replica del prof. BOSELLINI.

Il collega prof. Ortali mi offre l'occasione di ribattere e di completare alcuni concetti già espressi nel mio precedente scritto; ciò faccio volentieri, perchè credo che questi dibattiti riescano sempre a qualche utilità, anche se ciascuno dei disputanti resta fermo nella propria posizione iniziale. D'altronde diverse argomentazioni, che in questa polemica si riferiscono alla dermosifilopatia, possono interessare in genere tutte le Specialità da un punto di vista generale.

Io non contesto l'utilità della frammentazione della dermosifilo-venereologia a scopi scientifici e professionali, perchè effettivamente la Specialità ha assunto un tale sviluppo in tutte le sue parti, da rendere estremamente ardua se non impossibile la perfezionata conoscenza di tutte queste: ciò che io combatto è il volere staccare *queste specializzazioni* dal tronco maggiore — la dermosifilopatia — quale è oggi, sfrondata quasi totalmente di rami che effettivamente non le appartengono. Ecco il punto sostanziale.

Io non mi preoccupo poi affatto di ciò che si fa all'estero, perchè noi dobbiamo fare soltanto ciò che crediamo logico ed utile, ed il buon senso italico, grazie a Dio, può molte volte vincere su quello straniero. Ma anche all'estero è mantenuta ferma questa base didattica e professionale, salvo che insegnamento e pratica hanno qua e là per opportunità contingenti di luogo, di mezzi, di capacità tecniche speciali anche sviluppi sedarii per sottospecializzazioni e ciò non soltanto per la sifilografia, per la venereologia, ma anche per la stessa dermatologia!

Chi di noi non ha avuto sott'occhio un programma dei cosiddetti corsi di perfezionamento all'estero? Ebbene tutti abbiamo appunto constatato che i docenti sono altrettanti specializzati entro la specialità, pur rimanendo tutti dermosifilografi. Fra i tanti il collega Ortali avrà certo presente alla sua mente un illustre e autorevolissimo collega d'oltr'alpe, che pur essendosi specializzato scientificamente e professionalmente nelle malattie del capillizio e specialmente nelle parassitarie, nei suoi scritti anche più recenti, resta e si mostra più che mai eminente e profondo dermosifilografo integralista: che se così non fosse, egli finirebbe ad essere po' per volta un qualsiasi « Monsieur Alfred » parrucchiere.

Nè io credo che in simili problemi tecnici si possa chiamare giudice il pubblico, perchè noi tutti purtroppo sappiamo come il buon pubblico resti spesso preso più dal ricco gabinetto e dalla livrea del servo che dalla capacità e dalla onestà del medico.

Non ritornerò su tutti gli argomenti già addotti nel mio precedente scritto, perchè la sifilografia resti aggregata anzitutto alla dermatologia: *anzitutto* si badi, perchè io non ho mai detto esclusivamente: *anzitutto*, perchè, *in linea di fatto incontestabile*, la sifilide ha come prima tappa la superficie cutanea o mucosa del corpo, dove appunto il medico deve sorprenderla per batterla fin dalla prima ora; e anche nei primi periodi dell'evoluzione conserva questa tendenza, come ce lo dimostra il fatto, pure incontestabile, che non evvi soggetto sorpreso colla sifilosclerosi iniziale, che non mostri a determinata scadenza, se seguito accuratamente, anche manifestazioni cutanee o mucose sia pure fugaci, ma spesso anche ripetentisi. Il numero crescente di sifilidi viscerali rilevate dagli internisti non diminuisce nè annulla comunque questa verità.

La valutazione dell'importanza speciale delle lesioni cutanee di fronte alle viscerali, si fonda appunto sopra questa loro priorità evolutiva, ai fini della diagnosi e della cura; e non della qualità dell'organo preso, perchè certo, egregio collega Ortali, dal lato funzionale rispetto all'organismo la pelle non è da confrontare col cervello e col cuore. Ma poveri noi se dovessimo aspettare che cervello e cuore fossero presi per intervenire!

Le sifilidi viscerali si constatano oggi veramente molto più frequenti che in passato: ma

appaiono o sono realmente più frequenti? Ecco il problema: dati i mezzi attuali di combattere la malattia, data la coscienza più evoluta della massa che cura oggi questa malattia più che ieri, io sono propenso a credere che, nel ritenere aumentate le sifilidi viscerali, cadiamo in un errore di prospettiva. Cioè le sifilidi viscerali forse oggi sono più numerose, perchè *tutti* i medici oggi cercano l'infezione anche là dove fino a pochi anni or sono vedevano soltanto malattie d'altra natura. Ma comunque si voglia risolta la questione sta di fatto che queste sifilidi viscerali (certo di pertinenza delle diverse branche della clinica, e sono stato su questa assegnazione bene esplicito perchè non si volesse accusare il dermosifilografo di pretesa onnisciente) il più delle volte dipendono da ciò che non fu diagnosticata e quindi curata la sifilide nei primordi del suo sviluppo, cioè dalle prime sue espressioni cutanee e mucose.

E la sifilide quanto meno accentuate ha le manifestazioni cutanee, pare avrà tanto più gravi e più facili le lesioni viscerali, perchè la pelle colle sue reazioni infiammatorie precoci al virus eserciterebbe una funzione di difesa per l'organismo: si contrappongono d'altra parte varietà di virus organotropi, capaci di provocare scarse manifestazioni esterne, ad un virus dermotropo. Se tutto ciò è vero (cito l'opinione dei più), ripeto che allora torna naturale il corollario, che sia estremamente necessario conoscere la sifilide, dai primissimi stadi e dalle pochissime manifestazioni cutanee che durante questi sempre possiede, anche se dovuta a codeste varietà di virus viscerofili, per combatterla a dovere colla cura, che poi è fondamentalmente la stessa per vincere sia le manifestazioni esterne, che le interne.

Quanto alla sifilide ereditaria, manca è vero la sifilosclerosi iniziale, ma essa possiede nelle prime settimane di vita del soggetto, manifestazioni di cute e di mucose, che si annoverano anzi fra i *pochissimi segni di certezza della malattia*, quando proprio è necessaria la cura per arrestare il decorso della malattia per lo più gravissima nel neonato e quando incombono al medico certe gravi responsabiltà, quali quella dell'allattamento mercenario per il pericolo della sifilizzazione della balia.

Mi consenta poi il collega Ortali di dire che il parallelo della tubercolosi colla sifilide di fronte alla dermatologia non regge. La sifilide (lasciamo da parte la congenita) ha obbligatoriamente un inizio nella pelle, la tubercolosi no! tutti i sifilitici almeno in un momento della evoluzione della malattia sono dermopazienti, i tubercolosi soltanto rare volte lo sono all'inizio o nel decorso della infezione viscerale: e se pure vogliamo ritenere nel decorso più avanzato della sifilide più frequenti le lesioni viscerali che le cutanee, sta di fatto che le malattie tubercolari cutanee sono sempre una estremamente piccola percentuale in confronto alle localizzazioni viscerali e la tubercolosi perciò spetta in prima linea all'internista.

Se io però richiamassi un'altra grave infezione — la lepra — dovrei ipotecarla invece *anzitutto* (*non esclusivamente*) a prò della dermatologia, perchè il suo maggiore campo d'azione è sulla cute.

Queste assegnazioni di preferenza sono, come ho già scritto, dettate da opportunità varie e *non significano mai monopolio* a prò della branca clinica cui sono legate in prima istanza.

Il lavoro inerente alla profilassi di qualsiasi malattia infettiva logicamente spetta in primo luogo a quegli cui è affidata la malattia, quando presenta più facile il contagio, sia in rapporto alla fase evolutiva, sia in rapporto agli organi colpiti. Il contagio della sifilide si fa dalla superficie corporea, così quello della lepra; il contagio della tubercolosi specialmente dalle vie respiratorie e digestive. Ogni clinico quindi che possiede, sotto questi punti di vista, una infezione, ne cura e ne guida anche la profilassi, nelle sue molteplici forme di propaganda, di assistenza, ecc. È un fardello che obbligatamente egli deve caricarsi sulle spalle, come il fardello della parte forense per la branca che coltiva; perchè igiene e medicina legale non possono far altro che coordinare sotto taluni aspetti, importantissimi del resto, il materiale che viene fornito dai clinici, che vivono vicino a questi ammalati e li conoscono profondamente.

Rispetto alle malattie veneree intese nel senso lato esposto dal prof. Ortali, e che peraltro io preferirei denominare malattie della funzione sessuale, potrei esimermi di interloquire, perchè ho già affermato che la dermosifilovenereologia ha abbandonato, come ad essa non pertinenti, molte malattie dell'apparato genitourinario (sieno o no originate da blenorragia).

Io convengo pienamente che gli stati morbosi della sfera sessuale enumerati dal collega Ortali non debbono appartenere (se non molto di rado) alla dermosifilopatia, ma esse non possono costituire però un blocco unitario trattabile soltanto da uno Specialista, perchè su esse possono spesso accampare giuste pretese

e l'internista e il neuropatologo e il ginecologo e l'urologo e anche, me lo consenta, il dermatologo il quale, ad es., può essere chiamato a curare stati irritativi catarrali, eczematoidi, ragadi, iperplasie tessurali dei genitali esterni feminei, in quanto questi stati possono essere l'occasione, s'intende, su terreno nevrosico (che ha la parte maggiore del binomio eziopatogenetico) di quello speciale stato di eretismo sensitivo che è il vaginismo.

Poche parole da ultimo io voglio aggiungere per ciò che riguarda la dermosifilografia nei suoi rapporti coll'internismo. Mentre ho chiesto e chiedo, che il sifilografo sia nel contempo dermatologo e viceversa, chiedo ancora che esso si occupi della medicina generale internista (senza la pretesa di competere cogli internisti per la finezza della tecnica e per la famigliarità che questi hanno nel trattare i problemi dell'internismo), ad evitare quegli inconvenienti che l'Ortali giustamente deplora; d'altro canto domando all'internista che vuole occuparsi di sifilodermatologia, di approfondirsi seriamente in questa per apprendere quei fatti che sono conquista imprescrittibile del morfologismo.

Egli è che forse appare da un lato ben comodo ai dermatologi il concentrare la loro attività in quella direttiva, che costringe la ricerca scientifica quasi soltanto negli angusti limiti della istologia e della microscopia cutanea, e la pratica clinica nella individuazione spesso laboriosa ma altrettanto sterile di una sindrome morfologica, seguita dal puro intervento terapico diretto contro il sintoma, mentre dell'altro costa ben poco agli internisti il fermarsi alle nebulose affermazioni dei rapporti di malattie cutanee con quelle di organi interni, che il volgo e i medici da secoli hanno additata (vedi mia Prolusione di Pisa del 1923 pubblicata nel « Policlinico »).

Questa situazione io già avevo prospettata nella prefazione al mio libro « La dermatologia nei suoi rapporti colla medicina interna » (1921) con queste parole:

« Da un lato i medici non specializzati, tenendosi forti delle giuste critiche rivolte al puro metodo morfologico, lasciano volentieri in disparte la morfologia cutanea per essi astrusa, quasi fosse un inutile e pedantesco inciampo e dall'altro lato i dermatologi ad onta delle migliori intenzioni si indugiano tuttora nello studio e nella pratica quasi soltanto alle forme cutanee, forse per la loro educazione scientifica, ma più io credo perchè è dato loro di ottenere con una semplice terapia locale facili successi curativi, sebbene per lo più fugaci. Da questa duplice nocevole condizione di fatto rampollano da parte dei primi i gravi errori diagnostici, che portano a misconoscere, ad es., malattie volgari parassitarie e a scambiarle con reazioni cutanee tossiche (internismo alquanto semplicista diretto discendente dell'antico umorismo), e da parte dei secondi una così scarsa conoscenza della medicina interna da dover rimettere all'internista anche un modesto esame generale di dermopaziente, meritando così il dispregio del medico che considera il dermatologo come un semplice cultore di cosmesi, una specie di rivale del dottore di bellezza e del manicure ».

Certo, collega Ortali, non idee nè aspirazioni nuove adunque... ma soltanto aspirazioni od empirismo fino a quest'ultimo ventennio, nel quale è maturata una coscienza fattiva che cerca la via decisa e giusta della realizzazione della dermatologia integrale, che effettivamente si compie con fatti concreti offerti dalla faticosa penetrazione internista della dermatologia. Vi sono tuttora i restii nell'accettare questo indirizzo integralista, ma ciò non infirma la necessità di abbracciarlo ed io ho ferma fede (e sono grato al collega Ortali di avermi cortesemente posto tra gli entusiasti di questa dottrina) che esso trionferà.

È questo indirizzo integralista, quale io ho prospettato (e non l'onniscienza) che deve evitare quel regresso, che il collega Ortali teme derivare dell'odierna tendenza specializzatrice: timore giusto che io vorrei precisare nel senso, che si deve temere e combattere la tendenza specializzatrice soltanto quando questa si stacca fin dai primi passi dallo stipite primitivo. E allora noi ci troveremo d'accordo, perchè la mia tesi è precisamente questa, di mantenerci attaccati al tronco fondamentale della dermosifilovenereologia integrale, salvo, s'intende, le *sottospecializzazioni*, la cui importanza io apprezzo per intero, perchè permettono sviluppi parziali perfezionati che sarebbe vano attendere dalla attività di uno solo.

Quando veramente si voglia determinare il contenuto dello specialismo, si trova che il vero specialismo è insieme universalismo, perchè il singolo non sorge e non vive se non nel tronco del tutto..... (Benedetto Croce in « Specialismo e dilettantismo »).

Ecco il nostro orizzonte!

Roma, 22 agosto 1924.

P. L. BOSELLINI.

MEDICINA SOCIALE.

Le assicurazioni-malattie in Germania e Inghilterra.

F. Jayle (*Presse Médicale*, 1924, n. 26) osserva come il sistema assicurativo di Bismarck, pazientemente e metodicamente applicato in Germania, richiedesse non meno di 28 anni per la realizzazione totale: quando finalmente vide la luce il Codice imperiale delle assicurazioni sociali, con i suoi 1800 articoli, gli spiriti incapaci di scetticismo credettero che l'umanità, sotto l'impulso dei tedeschi, stesse per compiere un notevole progresso verso il meglio.

Il sistema era in pieno trionfo nel 1911, allorchè l'Inghilterra, sotto l'impulso di Lloyd George, creava la sua legge d'assicurazione malattie. Ma mentre la legge tedesca imponeva ai salariati un contributo importante, la legge inglese si limitava a chiedere loro una quota minima.

Sistemi legislativi d'assicurazione malattie furono organizzati anche in Austria (ove si attuò un sistema un po' speciale, in rapporto con quelle classi sociali), in Rumania (i proprietari non vi sono sottoposti ad un contributo obbligatorio), in Svizzera (ogni cantone ha facoltà di provvedere per conto proprio), nel Portogallo (la popolazione vi è divisa in due categorie: i paganti, che sono destituiti di ogni diritto, e i non paganti, cui competono tutti i diritti), la Polonia, il Lussemburgo.

Questi Stati minori oggi non comprendono, globalmente, che una trentina di milioni di abitanti.

L'A. si ferma a considerare i soli due grandi paesi d'Europa che abbiano attuato l'assicurazione-malattie: la Germania e l'Inghilterra, le quali contano insieme 110 milioni di anime.

* * *

Contrariamente all'opinione espressa dalla Commissione parlamentare francese per l'assicurazione malattie, in questi due paesi nulla procede bene.

L'A. si recò in Germania due anni or sono, per rendersi conto *de visu* dei risultati della legge. Già allora i medici si agitavano per ottenere che il trattamento degli assicurati fosse parificato a quello dei clienti privati e perchè l'assicurazione fosse ristretta ai soli poveri, escludendone completamente i ricchi.

Dopo di allora l'anarchia non ha fatto che aumentare. I partigiani delle assicurazioni statali attribuiscono siffatta situazione al rinvilio della moneta. Il fatto è certo; ma esso prova il difetto di un sistema, che poggia sulla stabilità del valore monetario. Difatti i salariati, che fino al 1914 avevano pagato in equivalenti di marchi-oro, non ricevettero più che marchi-carta, il cui valore è andato progressivamente annullandosi: essi dunque si considerarono derubati. Al tempo stesso, il caro-vita rendeva sempre più disagevole il pagamento, da parte dei salariati, dei contributi importanti richiesti dalla legge. Lo Stato ha dovuto pagare per essi, rovinandosi per alimentare, in modo sempre insufficiente, le casse dei malati. Tutte le previsioni finanziarie degli attuari sono, dunque, fallite.

Se la base finanziaria del sistema non ha più corrisposto, il funzionamento ha urtato contro difficoltà crescenti. L'A. ne adduce una testimonianza non sospetta, trascrivendo alcuni brani di un articolo del socialista Karl Kollwitz (*Sozialistische Monatshefte*, 1923, quaderno 12): «La legge sull'assicurazione malattie era un tentativo grandioso di portare alla realizzazione l'idea dell'assistenza ai malati organizzata *collettivamente*. Ma... il dominio che si cercava di porre sotto la legge, le malattie, cioè, degli operai, apparteneva, come le malattie stesse, alla *individualità* e in questo dominio delicato si introdusse una forza legale e delle prescrizioni di legge, le quali tolsero all'operaio la cura di occuparsi di sè stesso, mettendo, invece, i suoi rapporti col medico, alla mercè di una legge. Si andarono creando tre diversi interessi: degli assicurati, dei direttori e funzionari delle casse, dei medici. Più questi interessi permanenti presero coscienza di sè, più si forzarono di saltare le barriere che la legge opponeva. Gli operai non vollero più essere trattati superficialmente e hanno reclamata la libera scelta del medico ed un genere di trattamento medico che loro offrisse la migliore delle garanzie per la guarigione. I direttori ed i funzionari di cassa si andarono accorgendo che dovevano amministrare in modo da conciliare interessi affatto opposti; la necessità di amministrare il più economicamente possibile e di accumulare un fondo di riserva, li costrinse ad un continuo conflitto con i medici e non trovarono altro scampo che nel richiedere una estensione di leggi e di diritti. Infine i medici delle casse sentirono sempre più il bisogno di esercitare liberamente la professione, fuori da legali costrizioni e dal controllo di un'amministrazione composta di estranei alla medicina. Essi poi dovevano, per magri onorari, dare un immenso lavoro: così reclamarono aumento di compensi e fecero ricorso ad un ostruzionismo incomprensibile per la loro missione e spesso insopportabile per i malati. Sentirono sempre più l'indegnità nella quale era caduta la medicina nei rapporti dell'amministrazione e dei malati».

Non è possibile esporre la questione meglio di come ha fatto il socialista tedesco, il quale ne ha perfettamente afferrato il punto fondamentale: far passare nel dominio della collettività un terreno riservato all'individuo. I sistemi politici e sociali di Bismarck, basati unicamente sulle idee di forza e di costrizione, dopo un successo incontestabile, ma effimero, crollano gli uni dopo gli altri, perchè non rispettano l'individualità.

Kollwitz dice che, volendo conservare l'assicurazione malattie, occorrerà istituire un altro sistema: a tanto si è ridotti dopo 41 anni da che l'assicurazione vige! Ma la questione è insolubile, perchè non sarà mai possibile di rendere convergenti gl'interessi divergenti delle casse, degli assicurati e dei medici.

Nel dicembre decorso la Germania assistette ad uno sciopero di medici delle casse: e poichè l'as-

sicurazione-malattie è estesa all'80 % della popolazione, se ne possono comprendere le noie derivatene al pubblico. Per l'intromissione del Governo, le cose si aggiustarono temporaneamente e il conflitto è sopito; ma non è spento, poichè le cause persistono.

Le Casse non vogliono saperne di libera scelta. Di più, esse intendono di disciplinare le cure: hanno strappato al Governo un'ordinanza, in data 30 ottobre 1923, la quale permette loro di licenziare i medici che prescrivono un trattamento non autorizzato dalla direzione delle Casse. Questa regolamentazione, diceva la *Frankfurter Gazette*, respira aria di caserma: si direbbe che le Casse tendano a trattare gli assicurati come soldati e i medici come graduati...

Contro le Casse stanno tanto i medici quanto gli assicurati. Questi ultimi si sono organizzati in leghe, che — osserva il *Berliner Börsen Courier* del 20 genn. 1924 — mostrano un profondo malcontento verso la burocrazia delle Casse: siffatto malcontento ha origini remote e si è andato costituendo perchè le amministrazioni delle Casse sono formaliste e non tengono conto dei bisogni degli assicurati; è culminato nei conflitti per la libera scelta, che le Casse vorrebbero sopprimere, mentre gli assicurati vi sono profondamente attaccati e non vogliono il «succedaneo» (Ersatz) loro offerto negli ambulatori. I medici lottano uniti, e si sono guadagnato, almeno temporaneamente, l'appoggio del Governo; ma le Casse sono troppo potenti, perchè ricche e perchè si appoggiano ai sindacati. Conviene avvertire che i socialisti (*Vorwärts*, 23 gennaio 1924) negano all'organizzazione dei medici il carattere sindacale e la considerano come «una corporazione di piccoli artigiani della medicina», «che impedisce sistematicamente ogni progresso nel dominio della politica sociale»!

***

In Inghilterra il valore monetario non è diminuito; eppure il sistema assicurativo non va: la Commissione della Camera dei deputati francese deve ammettere che le casse dello Stato sono di continuo vuotate e che solo una riforma profonda di tutto il sistema permetterà un'efficace tutela dei lavoratori.

Le ragioni delle difficoltà in Inghilterra sono: 1° la mitezza delle somme corrisposte dai salariati; 2° la crisi della disoccupazione; 3° lo scontento dei medici, che si lagnano di dover esercitare alla peggio e dei quali si cerca di falcidiare i compensi; 4° la resistenza dei contribuenti a corrispondere le quote, per quanto miti. Alla fine del 1923 in Inghilterra scoppiò un conflitto, come in Germania, e per le stesse cause. A parte la scarsa efficienza della medicina in regime assicurativo, di che si lagnano assicurati, società e medici, dal punto di vista medico due difficoltà restavano da risolvere: la tariffa degli onorari e la libera scelta. In Inghilterra le casse dell'assicurazione malattie sono alimentate in parte dallo Stato e gestite da società mutue o «amichevoli»: naturalmente i medici cercano di ottenere dalle casse il più possibile, ma le società si difendono energicamente e anche lo Stato cerca di spendere il meno possibile. I medici domandavano per testa e per abbonamento annuo 9 sc. 6; le società proposero 7 sc. 3; il ministro dell'Igiene offrì 8 sc. 6. Per fronteggiare uno sciopero che stava per essere proclamato, una commissione d'inchiesta fissò la cifra di 9 sc., che fu accettata dal corpo medico. Resta a sapere come verrà colmato il *deficit*, resultante dall'adozione di questa cifra: le società hanno dei capitali, ma sostengono di non poterli toccare senza compromettere molti servizi che esse gestiscono. Lo Stato può pagare, ma caricando i contribuenti. La soluzione definitiva è ora alla mercè del Parlamento.

La libera scelta del medico è desiderata dai medici e dagli assicurati, ma le società mutue lottano costantemente per ottenere il controllo del servizio medico e il diritto di scegliere esse i medici. Il corpo dei medici ha potuto ottenere dal Parlamento che il controllo medico fosse affidato ad un comitato di assicurazione nel quale i medici sono rappresentati. Grazie a questo e ad altri successi dei medici, il conflitto è composto per il momento, con solo una leggera perdita di guadagno da parte dei medici; ma la questione non è risolta.

L'assicurazione delle malattie tiene un grande posto nelle preoccupazioni britanniche. Il gabinetto di Baldwin ne aveva fatto uno dei numeri del suo programma e ha nominato una commissione incaricata di studiare le semplificazioni che possono introdursi nelle assicurazioni sociali. Il *Manchester Guardian* del 21 genn. u. s. recava, al riguardo, un progetto concreto, che raccoglie molti suffragi.

***

Date queste premesse, l'A. resta interdetto di fronte alle affermazioni della Commissione parlamentare francese, la quale, nel suo rapporto, dichiara: «La maggior parte dei paesi d'Europa ci hanno preceduto in questa via: essi hanno chiesto alla nostra esperienza, ancora timida, degli insegnamenti, da cui hanno saputo trarre profitto e che hanno permesso loro di creare delle *legislazioni armoniose, appropriate alle loro condizioni e pienamente efficaci*».

***

In un articolo ulteriore (*Ibidem*, n. 50), riferendosi al disegno di legge approvato, contro il parere della classe medica, dalla Camera francese e di cui demmo già notizia (v. fasc. 34, p. 1126), lo stesso autore rileva gl'inconvenienti della retribuzione dei medici a sistema collettivo (con stipendio) prescritto dalla legge, e spezza una lancia per l'intesa diretta tra medici e assicurati: intesa prevista nella relazione che accompagna il progetto di legge.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Controllo di Sieri, Vaccini, Arsenobenzoli.

La *Gazzetta Ufficiale* ha pubblicato un R. D. il quale dispone:

Art. 1. — La fabbricazione, a scopo profilattico e curativo, dei seguenti prodotti:

Siero antidifterico, Siero antitetanico, Vaccini batterici (antitifico, antipestoso, anticolerico), Vaccino jenneriano, Arsenobenzoli, è sottoposta, oltre che alla vigilanza ordinaria, al controllo preventivo dello Stato, ai sensi dell'art. 133 del T. U. delle leggi sanitarie, approvato con R. D. 1° agosto 1907, n. 636, e 112 e seguenti del Regolamento 18 giugno 1905, n. 407.

Art. 2. — Il controllo è esteso ai prodotti di cui all'articolo precedente, fabbricati all'estero, a meno che il controllo non sia stato già eseguito nel paese di produzione con garanzie equivalenti a quelle stabilite pei corrispondenti prodotti nazionali.

Art. 3. — Prima di mettere in commercio qualsiasi partita dei prodotti indicati nell'art. 1, gli Istituti produttori devono chiedere con domanda in bollo al Prefetto della Provincia, che ne sia eseguito il controllo da parte dei Laboratori dipendenti dal Ministro dell'Interno.

Alla domanda deve essere unita la quitanza comprovante il pagamento nella Sezione della Tesoreria Provinciale delle somme necessarie al rimborso delle spese di controllo di ciascuna partita, somme che vengono determinate nella misura seguente:

1) pel siero antidifterico . . . . . . L. 40
2) pel siero antitetanico . . . . . . » 40
3) pei vacc. batterici (antitifico, anticolerico, antipestoso) . . . . » 30
4) per vaccino jenneriano . . . . . » 100
5) per gli arsenobenzoli . . . . . . » 250

salva ed impregiudicata la facoltà del Ministro dell'Interno di richiedere somme maggiori e pagamenti a titolo d'integrazione, quando, per particolari circostanze, le operazioni di controllo importino spese superiori a quelle indicate.

Il Prefetto, ricevuta la domanda, dispone il prelevamento dei campioni nei modi prescritti dall'art. 15 del Regolamento 18 giugno 1905, n. 407, l'immediato invio di essi ai Laboratori della Direzione Generale della Sanità Pubblica, con le informazioni intorno al funzionamento, in linea tecnica, dell'Istituto richiedente.

Sui risultati favorevoli delle analisi, il Ministero dell'Interno, con provvedimento da adottarsi normalmente non più tardi del quindicesimo giorno dall'arrivo dei campioni, autorizza la vendita di ciascuna partita dei prodotti controllati, e richiede l'apposizione, sui recipienti, sulle scatole, sugli involucri di qualsiasi specie in cui i prodotti stessi sono contenuti, delle indicazioni prescritte dall'art. 6 del citato regolamento.

Art. 4. — Per l'autorizzazione a porre in commercio nel Regno i prodotti di cui all'art. 1 fabbricati all'estero, gli Istituti richiedenti, direttamente e per mezzo dei loro rappresentanti riconosciuti, devono, nella domanda al Prefetto, fornire, oltre alle indicazioni di cui ai nn. 1, 2, 3, 4, 5, dell'art. 5 del Regolamento 18 giugno 1905, n. 407, anche la prova che i prodotti medesimi sono stati controllati all'estero con garanzie equivalenti a quelle stabilite per i corrispondenti prodotti nazionali.

Pei prodotti che si introducono nel Regno già distribuiti in dose, ogni recipiente porterà il contrassegno del controllo ufficiale ed un numero d'ordine progressivo apposto dall'Istituto produttore al fine di assicurare la pronta identificazione della provenienza di ciascuna dose.

Della distribuzione in dosi sarà presa nota sugli appositi registri, nei modi indicati dagli articoli 15, 16 e 18.

Art. 5. — Pei prodotti che siano fabbricati all'estero in località dove non esista il controllo dello Stato, l'Istituto estero richiedente deve dichiarare nella domanda al Prefetto, corredata dalla quitanza dell'eseguito pagamento di cui all'articolo 3, che si obbliga a depositare tutti i prodotti importati, nei locali da indicarsi (città, via, numero) a ciò appositamente destinati, in modo che l'intera partita di ogni prodotto possa essere sottoposta a controllo obbligatorio. Questo procederà nello stesso modo, con le stesse garanzie, con gli stessi aggravi, e nella stessa misura, dei corrispondenti prodotti nazionali.

Art. 6. — Il Prefetto provvede all'istruttoria delle domande indicate nell'art. 4. Accertato e richiesto l'adempimento delle prescrizioni contenute nel presente Decreto e nel Regolamento 18 giugno 1905, n. 407, invia la istanza al Ministro dell'Interno, con le eventuali informazioni intorno all'Istituto richiedente.

Provvede del pari all'istruttoria delle domande di cui all'art. 5, disponendo il prelevamento dei campioni ed il loro invio ai Laboratori del Ministero dell'Interno nei modi indicati nell'art. 3.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

Continuazione *vedi fasc.* 35).

	Lire
Prof. Ferrannini Luigi, Napoli	25
Prof. Lucibelli Giuseppe, id.	25
Prof. Polito Giuseppe, id.	25
Prof. Fittipaldi Ugo Emanuele, id.	25
Prof. Cafiero Carmelo, id.	25
Prof. Landolfi Michele, id.	25
Prof. Matozzi-Scafa Guglielmo, id.	25
Prof. Marenduzzo Luigi, id.	25
Prof. Scarpiti Guglielmo, id.	25
Prof. Pizzini Benedetto, id.	25
Prof. Giovine Aurelio, id.	25
Dott. Andreasi Leone, id.	30
Dott. Riello Giuseppe, Castelmorrone	10
Dott. Pizzoli Luigi, S.Ambrogio sul Garigliano	25
Dott. Mattei Salvatore, Castelforte	10
Dott. De Vendictis Carmine, S. Apollinare	20
Magg. Colloca Enrico	50
Dottori Scala Achille e Antonio, Nola	25
Dott. Barbato Virgilio, id.	20
Dott. Airola Luca, id.	25
Dott. Arienzo Francesco, id.	10
Dott. De Sena Celestino, id.	20
Dott. Ruggiero Andrea, id.	15
Dott. Crispo Giovanni, id.	20

(*Continua*).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANGUILLARA VENETA (*Padova*). — 2° reparto; lire 7200 e due c.-v., oltre indenn. trasp. (L. 2500 se con cavallo di cui il med. abbia la proprietà: *sic*, L. 1500 se motociclo, L. 800 se bicicletta).

BERTINORO (*Forlì*). — A tutto il 20 sett., 1ª condotta e direz. civico ospedale; stip. L. 8000 e 10 bienni ventesimo; trasp. L. 2500; direz. osped. e servizio chirurgico poveri di tutto il Comune lire 2000; due c.-v., di cui il secondo ridotto del 40 %. Ab. per la parte medica 2810, per la parte chirurgica 8797. Età lim. 35 (*sic*). Vaglia postale di L. 50.10 al tesoriere com.

BORMIDA (Genova). — L. 6000, oltre L. 300 uff. san., L. 1200 trasp., L. 1200 c. v. Scad. 30 sett.

CAROSINO (*Taranto*). — Scad. 25 sett. L. 7500 oltre L. 780 c.-v. e L. 500 uff. san.; quadrienni decimo. A decorrere 1° genn. '25 lo stip. sarà portato a L. 10,500. Ab. 2452; km. 15 da Taranto.

CASTELVETRO (*Modena*). — 2° rep.; L. 8000 iniziali, oltre 2500 mezzo trasp. e c. v. Territorio in colle esteso ha. 2500; ab. 4200; pov. 530. Scad. 15 settembre.

CIVITAVECCHIA (*Roma*). — Proroga a tutto il 15 sett. Per maggiori schiarim. rivolgersi Segreteria com.

COSENZA. *Ospedale Civile*. — Chirurgo-aiuto incaricato del gabinetto d'indagini cliniche. Scadenza 15 settembre. Documenti di rito e titoli comprovanti la competenza del candidato nelle due branche richieste.

FORLIMPOPOLI (*Forlì*). — Scad. 15 sett.; 1ª condotta (capoluogo) e ospedale; L. 8000 e bienni ventesimo per la condotta; due c.-v.; L. 2000 per l'ospedale; assicur.

ISCHIA DI CASTRO (*Roma*). — Scad. 20 sett.; lire 7000 oltre due c.-v. e L. 300 uff. san. Il servizio di assistenza agli abbienti risulterebbe rendere, in media, L. 8000 circa.

LECCE. *Congregazione di Carità*. — Volendosi rimettere in funzione il gabinetto batteriologico dell'Ospedale, si accettano domande per assumerne la direzione alle condizioni di cui nel capitolato esistente nella Segreteria.

LODI. *Consiglio degli Ospedali*. — Medico primario; vedi fasc. 34. Scad. ore 16 del 25 settembre.

NOVARA. *Deputazione Provinciale*. — Medico di sezione del Manicomio; L. 10,000 e sei quadrienni decimo, oltre L. 2000 indenn. serv. guardia; c. v. come agli impiegati della prov. Docum. alla Segret. Gener. Uffici Provinciali prima delle ore 17 del 30 sett. Età lim. 32 salvo aspiranti in servizio di altre Ammin. provinc. o comun. per i quali non è prescritto limite di età. Massimo conto titoli e pratica di laborat. anat.-patol. Prova biennale. Chiedere annunzio.

NOVI LIGURE (*Alessandria*). *Ospedale di S. Giacomo*. — Medico e chirurgo primari; vedi fasc. 34. Scad. 30 sett.

PARMA. *Ospizi Civili*. — Cinque assistenti effettivi nell'Ospedale Maggiore: 2 per le Divisioni med., 2 per le chirurg. e 1 per il Riparto Tubercolotici e il Riparto Infettivi. Laurea da non oltre tre anni, purchè non si sia prestato servizio stabile di assistente in detto Ospedale od altri. Titoli ed esami. L. 4500 oltre c. v. in L. 1800, diaria di L. 20 per ogni guardia, quota parte tasse di cura e operaz., alloggio, vitto nei giorni di guardia; all'ultimo indicato dispensa dalle guardie, vitto giornal. e indennità spec. di L. 600. Docum. all'Ammin. prima delle ore 16 del 15 settembre. Specchietto esami. Età lim. 35. Ufficio entro 15 giorni. Nomina e conferma annue. Chiedere annunzio.

PONZONE (*Alessandria*). — Scad. 10 sett.; 1ª zona; L. 8000, quattro quadrienni decimo, L. 900 se uff. san.; vaglia postale di L. 50.10 al tesoriere del Comune.

PORCARI (*Lucca*). — Scad. 15 sett.; L. 6000 e cinque quinq. decimo; indenn. varie. Tassa conc. L. 50.

S. CASCIANO DEI BAGNI (*Siena*). — Scad. 31 ott. Per Palazzone. Stip. L. 6000, cav. L. 2000, c.-v. L. 2000.

SANT'AGOSTINO (*Ferrara*). — Scad. 15 sett.; capoluogo; L. 10,000 oltre assegno complementare lire 3000; cinque quadrienni decimo.

VITTORIO VENETO (*Treviso*). — 5° reparto, per Cozzuolo, Formeniga, S. Lorenzo. L. 6000 p. pov., L. 2500 indenn. trasp., indenn. temporanee c.-v.; 5 quinq. decimo. Età 40; biennio in osped. o condotta. Ab. 2168 raggruppati, 840 sparsi, 300 pov. Riserva modificazione capitolato servizio. Scad. 30 settembre.

VOLTIDO (*Cremona*). — L. 7800 aumentabili a lire 11,200; per uff. san. L. 300; per bicicl. L. 200 (*sic*). Ab. 1298. Scad. 20 sett.

Diffide e boicottaggi.

Nuova diffida: Soncino (Brescia).

Revoca di diffida: Camandona-Veglio (Novara).

Boicottaggio: Capolona (Arezzo).

BORSE DI STUDIO.

PERUGIA. *Collegio per gli orfani dei sanitari italiani*. — Due borse di studio. Vedi fasc. 31. Scadenza 15 settembre 1924.

ROMA. *Fondazione Cirincione-Cidonio* presso la Clinica Oculist. della R. Univ. Vedi fasc. 34. Scad. 30 sett. 1924.

ROMA. *Ministero della P. I.* — Assegni di perfezionamento all'estero e all'interno. Vedi fasc. 34. Scad. 15 settembre.

CONCORSI A PREMIO.

BOLOGNA. *Istituto Ortopedico Rizzoli*. — Premio Umberto I. Vedi fasc. 30. Scad. 31 dicembre 1924.

BOLOGNA. *R. Accademia delle Scienze*. — Fondazione S. Pozzi. Vedi fasc. 7. Scad. 31 dic. 1924.

FIRENZE. *Società Italiana di Pediatria*. — Quattro premi della Fondazione Mantovani. Vedi fascicolo 32. Scad. 31 dicembre 1924.

MEDAGLIONI.

Prof. Sen. PIETRO ALBERTONI.

Ecco un altro dei più illustri, dei più amati e certamente dei più rimpianti Maestri che la legge sui limiti di età strappa all'insegnamento. Legge che sottrae i colpiti all'assillo giornaliero del lavoro didattico, il quale è tutt'altro che una sinecura; ma dannosa alla scuola, da cui distoglie uomini grandi come Augusto Murri, Filippo Novaro, Antonio Cardarelli, Pietro Albertoni!

Della vita scientifica dell'Albertoni e della sua vita politica si può leggere in articoli, che per insistenza di colleghi troppo a me deferenti ho scritto in passato e in questi giorni del doloroso distacco.

L'Albertoni non lasciò inesplorato nessun campo della fisiologia e della farmacologia; ha arricchito inoltre la patologia e la clinica medica di preziosi studi fra i quali cito le ricerche sulle affezioni emorragiche e sullo scorbuto, e quello studio interessante intitolato «Rapporto fra suoni e colori» eseguito su daltonici per il rosso e per il verde.

Nella fisiologia del sistema nervoso notiamo le ricerche sui centri corticali degli adulti e dei neonati, sui centri vasomotori, sui centri di arresto, sui centri termici e trofici, ricerche queste che si connettono ad una infinità di problemi di fisiologia, di farmacologia e di terapeutica sulla circolazione, la respirazione, le varie secrezioni della vita animale e vegetativa.

Sulle secrezioni interne ricordiamo il cumulo di lavori sulla tiroide e sulle paratiroidi, sulla atireosi e sulla paratireosi, sulla adrenalina in varie condizioni sperimentali e fisiologiche, sui fermenti protettori degli idrati di carbonio.

L'Albertoni dopo essersi personalmente occupato a lungo delle funzioni digerenti e delle secrezioni, particolarmente di quella epatica, ha fatto compiere numerosissime ricerche da allievi fra i quali mi piace citare il carissimo e compianto A. G. Barbera, il quale illustrò in modo esauriente il problema della secrezione biliare e della funzione epatica.

Presentano un interesse speciale le esperienze del Maestro sull'azione della pancreatina introdotta in circolo, in seguito alla osservazione che i fermenti digestivi si eliminano per le orine, si trovano nei muscoli e quindi devono essere presenti nel sangue. In questo studio non solo si dimostrò un'azione anticoagulante legata ad una notevole leucolisi, ma si aprì un'ampia via a ricerche sulle così dette secrezioni interne, che forse tengono molto a trasformazioni di fermenti, palesantisi più che altro per la loro funzione esterna.

Esperienze di laboratorio e cliniche sui processi di putrefazione intestinale risalgono al 1892.

Sorvoliamo su altri campi dell'attività feconda del Maestro e passiamo ad illustrare i suoi studi sulla nutrizione.

Fino dal 1873 egli precorreva le interessanti esperienze sull'isotonia delle soluzioni fisiologiche dimostrando che il siero di latte in confronto con l'acqua valeva a mantenere i globuli rossi e poteva quindi servire per ricostruire la massa del sangue nel colera.

Notiamo una memoria di un interesse assolutamente moderno, sebbene rimonti nei primi dati a più di un quarto di secolo, e che si riferisce alla azione degli alimenti e dei loro prodotti di trasformazione sul metabolismo di taluni organi.

L'Albertoni notò che una vera funzione ormonica si deve riconoscere in certi materiali, che provengono dall'assorbimento, sicchè, ad es., mentre il metabolismo e l'attività funzionale del fegato è in rapporto con la presenza nel sangue di derivati alimentari, ciò non avviene per i muscoli, che obbediscono massimamente al sistema nervoso. I processi respiratori del fegato sono aumentati dal glucosio, la produzione di bile dal passaggio di sali ammoniacali in circolo.

In una lunga serie di pubblicazioni, consegnate nelle *Memorie della R. Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna*, intitolate genericamente al contegno e all'azione degli zuccheri nell'organismo, sono esposte le condizioni, che regolano l'assorbimento, e quelle che riguardano l'eliminazione, l'influenza sul circolo, sul sistema nervoso, sulla secrezione renale. Richiamiamo solamente l'attenzione del lettore sulle esperienze che si riferiscono all'azione cardiaca.

Furono da lui promossi due lavori, l'uno del De Giaxa in rapporto con la patogenesi della pellagra e contenente solamente le diete di introduzione di alcuni contadini pellagrosi e l'altro più preciso del Manfredi, pubblicato nel 1893: esso sta-

biliva un vero e proprio bilancio alimentare di alcuni popolani di Napoli.

Il Maestro mi aveva intanto incaricato di stabilire il bilancio alimentare fra popolani e borghesi.

Ricordo che in seno al congresso di fisiologia in Roma nel 1894, ove io esposi a nome anche del Maestro i risultati di queste esperienze, sorse il prof. Luciani a porre il dubbio che il *deficit* riscontrato in una famiglia di contadini durante l'inverno fosse una eccezione delle giornate prese in esame, sostenendo che, se ciò non fosse stato, alla fine dell'inverno quegli operai avrebbero dovuto essere ischeletriti!

Ma evidentemente l'avanzo dell'estate nei nostri contadini compensava il *deficit* dell'inverno e, come risposi io allora, se nello sbilancio dell'inverno qualche malanno si produceva, c'era l'ospedale a rimediare alla malattia e alla denutrizione!

Dopo quelle pubblicazioni che naturalmente suscitarono molto rumore, ma che erano appoggiate a quelle accennate del Manfredi, il prof. Albertoni si associò nel lavoro il dott. Felice Rossi (poichè io ero passato altrove) e fu così esaminato il bilancio del contadino abruzzese. Le deficienze notate nel bilancio dell'emiliano furono a un dipresso confermate con variazioni inerenti al tipo costante e assoluto vegetariano che permetteva qualche maggiore introduzione di azoto in forma di legumi. In una pubblicazione successiva col Rossi fu messo in vista il fatto che l'aggiunta di proteine animali alla dieta vegetariana, produceva un notevolissimo risparmio di azoto, un aumento di lavoro e nel riposo un aumento del peso corporeo e del tasso emoglobinico.

Col dott. Pietro Tullio l'Albertoni studiò poi un individuo, che oltre ad essere portatore di una fistola gastrica, aveva una chiusura assoluta dell'esofago, e si cibava esclusivamente mediante l'apertura fistolosa: fu sottoposto ad accurate determinazioni del bilancio alimentare e ad osservazioni sulle sue condizioni speciali e generali. Si notò che indipendentemente da ogni sensazione gustativa e impressione psichica, la presenza del cibo e della bevanda nello stomaco dava luogo ad una cenestesi che permetteva di regolare perfettamente la quantità e qualità dell'alimentazione; l'acido cloridrico si fissava tutto sul cibo e solamente alla fine della digestione gastrica si trovava acido libero.

Nel 1873 a Padova l'Albertoni, con pochi tubi da assaggio tenuti alla temperatura ambiente, dimostra che l'acido cloridrico possiede un'azione antiputrida, che nessun altro acido inorganico o organico nella stessa concentrazione è atto a produrre! E' la ragione questa dell'azione antiputrida del succo gastrico del cane e del maiale, due volte almeno più acido di quello dell'uomo; è la prova generica della difesa che la natura ha posto in principio del tubo gastroenterico!

E un altro studio merita ancora particolare cenno. Fu eseguito in collaborazione col compianto Lussana *junior* e riguardava la *vexata quaestio* dell'alcool. Si determinò che in via generale l'alcool esercita un'influenza sfavorevole sul lavoro muscolare, perchè se anche si abbia un aumento di questo, esso è fugace e lascia dietro a sè una depressione lunga e notevole. Quando si debbano compiere gravi sforzi muscolari l'alcool riesce sempre dannoso specialmente qualora la temperatura esterna sia bassa. Invece esso può giovare in forma di vino per un lavoro medio quotidiano e ciò in ragione dell'alto valore termodinamico e del minimo lavoro digestivo che l'alcool richiede ed anche per la sensazione soggettiva di euforia, che produce.

Sono pochi appunti questi che ho scritto, dietro invito dell'amico V. Ascoli, per il suo ottimo *Policlinico;* essi concernono una sola parte della produzione scientifica del Maestro amatissimo, ma sono sufficienti a dire la potenza dello sperimentatore, la chiarezza del pensatore, l'intuizione geniale dello scienziato, il valore didattico del Maestro, che oggi si allontana dalla Università in cui per 48 anni ha vissuto gloriosamente.

IVO NOVI.

NOTIZIE DIVERSE.

La missione malariologica internazionale.

La Commissione dei malariologi inviata dalla Società delle Nazioni è stata ricevuta, al Viminale, dal ministro dell'interno on. Federzoni. Il presidente della commissione, dott. Lutrario, ringraziò il ministro del suo alto interessamento; aggiunse che quel poco che la commissione ha potuto osservare nelle nostre zone malariche, è stato sufficiente a far valutare lo sforzo compiuto dall'Italia per redimersi dal flagello palustre e quello ancor più grande che si appresta a compiere. Il ministro ringraziò il dott. Lutrario, il cui insigne e fervido lavoro nel campo della lotta antimalarica è veramente degno di essere ricordato; ha poi espresso il suo compiacimento per l'opera alacre svolta dalla benemerita commissione sotto gli auspicii della Società delle Nazioni, opera promettente per la pubblica igiene e propizia a consolidare le basi di un'auspicata, duratura pace. Ha assicurato che delle dotte investigazioni della commissione il Governo farà tesoro per ogni miglior avviamento alla lotta contro la malaria.

***

I componenti la commissione si sono recati, in automobili apposite, a visitare la magnifica colonia antimalarica di Borghetto, diretta dal prof. Gisso, il quale tenne una conferenza per spiegare come la colonia è organizzata: gli rispose il dottor Pittaluga, elogiando l'opera scientifica ed umanitaria del Gosio. Ai convenuti furono offerti un vino d'onore e in eleganti canestri le frutta della colonia.

***

I componenti la commissione si sono anche recati ad Ostia e nelle località limitrofe, per visitarvi il sistema di grande bonifica a mezzo di macchine idrovore e rendersi conto di tutti gli altri sistemi di piccola bonifica e di profilassi. L'ufficiale sanitario di Roma, prof. Pecori, per invito della Direzione generale della Sanità pubblica, ha tenuto alla commissione stessa, nei locali di quella stazione sanitaria, una conferenza illustrativa della lotta antimalarica nell'Agro Romano.

Internato per studenti di medicina.

In questi giorni si è inaugurato nell'ospedale civile di Venezia un internato per gli studenti di medicina che vogliono continuare durante le vacanze la loro pratica di infermeria e di laboratorio.

Questa provvida istituzione dà modo specialmente agli studenti che hanno la famiglia in piccoli centri di frequentare, usufruendo di un decoroso trattamento a prezzi economici, un ospedale dotato di completi mezzi di indagine e di ricco materiale clinico (1500 letti circa con una media di 1200 presenze).

L'internato comprende un'ampia sala di dormitorio divisa in eleganti *boxes* con annessi locali di guardaroba, *toilettes*, ecc.; una sala da pranzo e sala di studio; vi è accanto la biblioteca ospedaliera ricchissima di riviste scientifiche e di trattati. La retta giornaliera del 1924 è fissata in L. 7.

Il regolamento può essere richiesto all'ospedale civile.

Il favore con cui questa istituzione venne accolta fu dimostrato dall'aver subito coperti i posti disponibili con studenti italiani in parte e in parte con stranieri.

L'opera degli ospedali dovrebbe sempre così svolgersi in connessione e a completamento dell'istruzione universitaria poichè è evidente che nelle odierne condizioni di vita troppi giovani si trovano impossibilitati a permanere nei centri universitari anche durante le vacanze, e si otterrà così accanto a una miglior valorizzazione delle energie e del materiale ospedaliero una più completa cultura di giovani laureandi.

In questo senso è da augurarsi che l'esempio di Venezia trovi imitatori.

Corso internazionale di perfezionamento.

Si terrà dal 2 al 29 ottobre, in Berlino, per l'opera associata della Facoltà medica universitaria, dell'Organizzazione della Casa imperatrice Federico per l'insegnamento postuniversitario e della Lega dei docenti per corsi feriali; comprenderà: 1° un ciclo di conferenze sui progressi della medicina; 2° un ciclo di revisione nei campi speciali, l'uno e l'altro della durata di due settimane; 3° cicli di perfezionamento su singoli rami della medicina, della durata di quattro settimane. Per ulteriori informazioni dirigersi alla Kaiserin Friedrich-Haus, Berlin N. W. 6, Luiseplatz 2-4.

Il 16 luglio decedeva in Alessandria, in età di 51 anni, il dott. prof. EUGENIO CALAMIDA, chirurgo primario di quell'ospedale civile.

Laureato nel 1897, percorse tutta la carriera di assistente e di aiuto presso la R. Clinica chirurgica di Torino sotto la direzione del prof. sen. Carle. Nel 1912 vinse il concorso per il posto di chirurgo primario dell'ospedale civile di Alessandria ove colla sua abilità, colla sua tenacia e colla sua bontà riuscì a creare un centro chirurgico di notevole importanza.

Docente di patologia chirurgica a Torino, lascia delle ottime monografie sulla patologia delle ossa.

Il nostro profondo compianto si unisca a quello della famiglia dolorante. PIETRO SISTO.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 - T.p. Cartiere Centrali (S). L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXXI **Roma, 15 Settembre 1924** **Fasc. 37**

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE CIVILE DI VERONA
SEZIONE CHIRURGICA
diretta dal prof. S. SPANGARO.

Contributo clinico e sperimentale alla cura del varicocele.

Dott. E. FIORINI.

Fino a non molto tempo fa si diceva che non esiste malattia meno conosciuta del varicocele. Oggi questo non si può dire. Le ricerche fatte specialmente per quanto riguarda la terapia sono molte ed accurate.

Dai tempi di Celso e Paolo D'Egina ad oggi si può seguire un continuo succedersi dei più svariati metodi di cura efficaci o no, pericolosi od indolori, semplici od artificiosi. Ma non si può dire di avere in ciò raggiunta la perfezione. Sopratutto manca una prova sperimentale sufficiente, una dimostrazione anatomica della reintegrata funzionalità delle ghiandole dopo l'atto operativo. Si accenna vagamente (e non sarebbe neanche facile il determinarlo) al fatto che il testicolo da prima atrofico, dopo la cura ha ripreso il suo volume normale e talvolta ha anche superato il volume di quello dell'altro lato. Esiste ancora la vis coeundi e la vis generandi nella ghiandola operata o è solamente l'altro testicolo sano che funziona? Credo che la certezza di questo ritorno alla funzionalità non si possa avere che con la dimostrazione della completa rigenerazione di tutti gli elementi vitali della ghiandola.

I metodi chirurgici di cura sono molti, ma ciò che oggi prevale è la resezione del pacchetto venoso fra due allacciature e la riunione dei due monconi.

Non si possono chiamare metodi di cura i sospensori Monton e di altri, il laccio di Herves, l'anello in caoutchouc di Nélaton, il sacchetto di Morgan, ecc. Non pratici e pericolosi sono giudicati altri metodi, come la compressione delle vene fino al loro distacco con speciali pinzette ideata dal Breschet, la agopressura con spilli d'argento proposta dal Velpeau e la compressione con schiacciatura di Chaissegnac, i metodi di Ricord, Tufnell, Cagnaleo ed altri. Tutti metodi che oggi non hanno altro che un valore storico.

Abbandonati sono pure i metodi che mirano a produrre una flebite obliterante sia essa ottenuta con settoni, con caustici chimici, colla galvano-caustica o coll'elettrolisi.

Più semplici e meno pericolosi benchè poco efficaci sono ritenuti i metodi che si accontentano di una o più allacciature praticate

sulle vene a varia altezza. Tali sono i metodi di Reclus e di Durante, il quale ultimo non si accontenta di allacciare le vene ma unisce anche l'allacciatura inferiore a quella superiore, sospendendo così il testicolo in alto.

I metodi che agiscono sullo scroto sono ormai abbandonati. Mirano essi a dare al testicolo un sospensorio naturale, ma troppo frequenti sono le recidive (35 % dei casi secondo Murraj). Opportunamente modificati possono essere utilmente associati ad altri metodi.

La semplice orchidopessia è pure molto criticata. I metodi di Phocas e Ruggi avrebbero l'inconveniente di fissare troppo in alto il testicolo, di esporlo ai traumi, di renderne difficile la circolazione per le ripiegature dei vasi conseguenti alla anomala posizione dell'organo. Insufficienti sono giudicati i metodi di Vince e Barile. Non si hanno ancora dati sufficienti per emettere un giudizio sulla bontà del metodo Parlavecchio, illustrato recentemente dall'Ambrosi.

L'eversione della vaginale fatta coi metodi Parona, Grimaldi ed altri non sarebbe, secondo alcuni, innocua per il testicolo. Già l'Alessandri avrebbe affermato essere la soppressione della cavità vaginale causa di alterazioni gravi per il testicolo. Si constaterebbe una proliferazione del connettivo intercanalicolare e degenerazione specialmente grassa degli epitelii, con scomparsa di ogni traccia di spermatozoi.

Il Viscontini avrebbe riscontrato pure alterazione macroscopica e microscopica nel testicolo sottoposto alla eversione della vaginale sotto forma di degenerazione degli epitelii e scomparsa degli spermatozoi, alterazioni che in gran parte sparirebbero in un tempo più avanzato.

Come si disse, i metodi oggi preferiti dalla maggior parte dei chirurgi, sono quelli che mirano ad asportare le vene ammalate fidando in una circolazione collaterale. Questi metodi sono varii e non ci sembra opportuno il descriverli. Del resto di poco variano l'uno dall'altro. Basti citare quello di Pennet, che per primo propose la riunione dei monconi delle vene recise, quello di Giordano, che ha una certa parentela con quello dello Spangaro perchè propone la sutura trasversale dell'incisione cutanea verticale, quello di Narath, che propone di incidere le vene nel canale inguinale dopo averlo aperto col metodo Bassini, ciò che favorirebbe anche la cura delle punte d'ernia che, secondo questo A., accompagnerebbero quasi sempre il varicocele e sarebbero la causa dei dolori, quello di Gunnar Nilson, quello di Jacob e di altri ancora.

Insomma le vene possono essere tolte solamente in parte o in totalità, possono essere tolte quelle del gruppo anteriore o quelle del gruppo posteriore. La resezione delle vene può essere associata a riunione dei due monconi residui, può essere fatta in basso o in alto, e perfino nel canale inguinale.

Questi metodi espongono tuttavia il testicolo a varii pericoli e cioè:

1) La lesione del dotto deferente, che secondo il giudizio unanime degli Autori (Alessandri, Marassini, Obolenski) apporta grandi alterazioni trofiche e funzionali nella ghiandola, sopratutto per il fatto che col dotto deferente si ledono facilmente il nervo spermatico e quello deferenziale.

2) La lesione delle arterie spermatiche e funicolari, sulla importanza delle quali tuttavia le opinioni sono molto discordi. Infatti dall'Alessandri, Miflet ed altri, che affermano essere la lesione di una sola arteria decisamente nociva alla vitalità del testicolo; si va al Potter, che assicura avere operati con esito felice duecento casi di varicocele mediante la allacciatura dell'arteria spermatica.

Ma a parte queste lamentate eventualità, quello che più importa stabilire è se la resezione delle vene sia o non sia innocua per il testicolo. Secondo gli Autori che si sono occupati di tali ricerche, la asportazione delle vene, qualunque sia il numero, qualunque sia la posizione, qualunque sia il metodo con cui si effettua, non è indifferente per la vitalità del testicolo.

Edred e Corner dànno i seguenti dati sulle conseguenze della cura del varicocele: indurimento del testicolo nel novanta per cento dei casi; ingrossamento del testicolo nel cinquantacinque per cento dei casi; testicolo uguale a quello dell'altro lato nel sedici per cento dei casi; testicolo più piccolo nel venti per cento; ispessimento dello scroto nel cinquanta per cento; ispessimento degli altri tessuti nel quarantuno per cento; idrocele nel venti per cento; ernie inguinali (!) nel due per cento; varicocele ricorrente nel due per cento; ingrossamento del dotto deferente nell'otto per cento; sensibilità inalterata nell'ottantaquattro per cento; sensibilità aumentata nel nove per cento; sensibilità diminuita nel cinque per cento; sensibilità perduta nel due per cento.

Tanto il Viscontini che l'Alessandri, in testicoli di animali operati in epoche che vanno dai 15 giorni ai due mesi, avrebbero riscontrate: degenerazione sempre più grave degli epitelii accompagnata da proliferazione del connettivo interstiziale.

Dello stesso parere è il Miflet e il Carlier, il quale ultimo dà importanza all'età del soggetto operato, essendo la resezione venosa in-

differente nei vecchi e grave nei giovani, e così pure il Doubrowo, Arthaud., Volkmann. Anche l'Ambrosi ultimamente parla di necrosi quasi completa dei tubuli seminiferi, scomparsa degli spermatozoi, picnosi e frammentazione nucleare delle cellule interstiziali.

NOTE SPERIMENTALI. — Noi pure abbiamo voluto osservare nei conigli, quali conseguenze si verificassero dopo la resezione del pacchetto venoso funicolare nel testicolo. Abbiamo preso varii animali press'a poco della stessa età, dello stesso peso e forniti di testicoli bene sviluppati, inciso lo scroto di sinistra, aperto il sacco vaginale, isolate le vene del funicolo dalle arterie e dal dotto deferente, asportate le vene fra due allacciature fatte press'a poco una in corrispondenza dell'anello inguinale esterno e l'altra sopra l'epididimo. Abbiamo infine suturato a strati lo scroto.

Si è osservato nei giorni successivi un ingrossamento della parte che aveva pure assunto una tinta rosso violacea. Questo ingrossamento e questo colorito durarono circa dieci giorni e poi andarono gradatamente scomparendo.

Dall'insieme delle nostre esperienze abbiamo ricavato questi risultati:

1) Dopo *quindici giorni*: testicolo del volume di circa un quarto di quello dell'altro lato, di forma irregolarissima, di consistenza dura. All'esame microscopico, spiccata atrofia dell'epitelio di rivestimento dei tubuli, che si presenta in massima parte sfaldato. La parete dei tubuli assottigliata. Addensamento del tessuto connettivo intertubulare.

2) Dopo *un mese*: testicolo del volume di circa un terzo di quello dell'altro lato, forma irregolare, colorito giallo chiaro, consistenza dura. All'esame microscopico, le stesse alterazioni del caso precedente, ma in grado minore.

3) Dopo *due mesi*: testicolo del volume metà di quello dell'altro lato, colorito rosso scuro, consistenza quasi normale. All'esame microscopico, atrofia dell'epitelio sotto forma di appiattimento.

4) Dopo *cinque mesi*: testicolo ridotto a un quarto del volume di quello dell'altro lato, forma irregolarissima, colorito rosso scuro, di consistenza dura. All'esame microscopico, spiccata atrofia dell'epitelio dei tubuli, che si presenta appiattito, quasi pavimentoso. In molti punti è anche sfaldato, non vi è alcuna alterazione nel tessuto connettivo intertubulare. Qua e là leggere emorragie.

5) Dopo *sette mesi*: testicolo ridotto ad un terzo del volume di quello sano, di forma irregolare, colorito rosso scuro, di consistenza duro-elastica. All'esame microscopico si riscontrano le stesse alterazioni del caso precedente.

In complesso si può dire che salvo qualche differenza tutto quello che si è osservato dall'Alessandri, Viscontini ed altri ricercatori, coincide con quello che da noi pure è stato trovato. L'asportazione cioè del plesso pudendo determina in modo certo delle alterazioni nel testicolo corrispondente. Dobbiamo pure osservare che per quanto operassimo in condizioni che si ritenevano identiche, tuttavia l'atrofia macroscopica e microscopica che costantemente si verifica dopo il trattamento suddetto nei testicoli, non segue un andamento uniforme, ma in singoli individui è differentemente pronunciata.

DATI CLINICI. — Stando al campo clinico è venuta spontanea la domanda perchè con metodi ancora più aggressivi di quello descritto non si verificassero nell'uomo conseguenze analoghe a quelle che da noi e da altri si sono ottenute nel campo sperimentale. Abbiamo veduto infatti nella Clinica del prof. Spangaro applicare come cure del varicocele la combinazione di vari metodi suaccennati. Egli infatti così procede:

1) Escissione di una losanga di cute scrotale lunga 12 cm., larga 5.

2) Apertura dei tessuti vaginali comuni fino a raggiungere gli elementi del funicolo.

3) Isolamento del pacchetto venoso e più precisamente del gruppo anteriore delle vene e sutura di queste fra due allacciature poste rispettivamente una in corrispondenza dell'anello inguinale esterno, l'altra circa un dito trasverso sopra l'epididimo.

4) Eversione della vaginale.

5) Sospensione del testicolo ottenuta con la riunione del laccio corrispondente al moncone inferiore con quello corrispondente al moncone superiore.

6) Riposizione del testicolo entro gli involuppi della vaginale comune e chiusura a borsa di tabacco dell'occhiello praticato in detti tessuti.

7) Sutura anzichè orizzontale, verticale della losanga.

Crediamo che esso rappresenti un metodo veramente completo di cura del varicocele e che possa preservare con sicurezza da frequenti conseguenze, come le recidive e l'idrocele.

Nè gli si può muovere l'accusa di essere troppo artificioso e di lunga durata. L'operazione del varicocele è generalmente così semplice e così breve che non può essere danno il prolungarla di qualche minuto, purchè il suo buon esito sia assicurato.

Quali sono i risultati clinici dell'applicazione di detto metodo? Abbiamo riveduto 14 individui operati, di cui diamo riassunto ragguaglio:

Amadori A., anni 22: dopo tre anni dalla operazione, nessun disturbo post-operatorio o recente; emiscroto in buona condizione; testicolo di volume quasi uguale al destro e di consistenza normale.

Bergamini P., a. 26: dopo un anno dall'operazione, nessun disturbo; emiscroto in buona posizione; testicolo ridotto a due terzi del volume di quello sano.

Parchera A., a. 44: dopo un anno dall'operazione, nessun disturbo; emiscroto in buona posizione; testicolo di volume normale.

Tomelleri I., a. 40: dopo un anno dall'operazione, nessun disturbo, se si vuole trascurare una leggera diminuzione della vis coeundi. Emiscroto in buona posizione; testicolo un po' diminuito di volume.

Merigo A., a. 27: dopo un anno dall'operazione, nessun disturbo; emiscroto in buona posizione; testicolo leggermente diminuito di volume.

Godi E., a. 30: dopo tre anni dall'operazione, leggero senso di peso allo scroto; testicolo un po' più voluminoso di quello dell'altro lato; emiscroto in buona posizione.

Momi V., a. 26: dopo due anni dall'operazione, nessun disturbo; emiscroto in buona posizione; testicolo abbastanza diminuito di volume (come una castagna).

Cortese P., a. 24: dopo un anno dall'operazione, nessun disturbo; emiscroto in buona posizione; testicolo ridotto a due terzi del volume di quello sano.

Tinazzi G., a. 23: dopo due anni, nessun disturbo; emiscroto in buona posizione e nel quale sono bene evidenti delle vene dilatate. Testicolo normale.

Benedetti C., a. 49: dopo un anno, nessun disturbo; emiscroto in buona posizione; testicolo un po' diminuito di volume.

Bonapace G., a. 21: dopo tre anni, leggero senso di peso allo scroto, che si presenta tuttavia in buona posizione. Testicolo un po' diminuito di volume.

Galvagnini I., a. 22: dopo tre anni, nessun disturbo; emiscroto in buona posizione; testicolo leggermente diminuito di volume.

Barbaro P., a. 18: dopo sei anni, nessun disturbo; emiscroto in buona posizione; testicolo normale.

In complesso si vede che su 14 casi, in alcuni dei quali già preesisteva atrofia, in solamente 3 di questi essa ha raggiunto un certo grado, mentre degli altri 10 si possono dire normali e 1 è leggermente aumentato di volume. La consistenza in tutti i casi è normale. Nessun disturbo nella vis coeundi e nella vis generandi. L'emiscroto è mantenuto nella posizione in cui fu messo coll'atto operativo e con cute perfettamente normale. Nessuna recidiva.

Come si vede, siamo lungi dalle gravi conseguenze che si sono osservate negli esperimenti su animali, poichè si può dire che un trattamento più aggressivo non solo non apporta atrofia del testicolo, ma anche si può dire che la arresti.

Qual'è la causa di questa discordanza di risultati? Il non avere negli animali da esperimento seguito completamente tutti i singoli tempi di cui si compone il procedimento a cui ci siamo riferiti nel campo clinico non ci sembra sia stata la causa della differenza dei risultati. Si può pensare che negli animali da esperimento l'atrofia rapida ed accentuata che si verifica e che si può dire invece manchi nell'uomo, sia da ricercarsi nella disposizione anatomica diversa della circolazione, sia per sè stessa in senso stretto della parola, come anche nella posizione abituale ben differente dei due organismi, uomo e coniglio. E sia da ricercarsi ancora nella circostanza che nel campo sperimentale ci trovavamo davanti ad individui normali e quindi il nostro intervento sopprimendo le vene principali dell'organo, non poteva che disturbare la circolazione e quindi danneggiare la nutrizione, apportando l atrofia; mentre dall'altro canto nell'uomo lo stato di varicocele era di per sè indizio di una alterata ostacolata circolazione reflua, a modificare la quale nel senso di sollevare e aiutare il ristabilirsi della stessa, tendevano tutti i tempi dell'operazione descritta. Non dovrebbe quindi suscitare meraviglia che, sollevato l'ostacolo circolatorio, anzichè danno si abbia beneficio, impedendo i processi di atrofia e determinando quasi la restitutio ad integrum dell'organo.

* * *

Se dalle nostre osservazioni si volesse trarre qualche conclusione, si potrebbe dire che:

1) Conforme anche alle ricerche di altri Autori, la escissione delle vene principali del testicolo conduce nei conigli rapidamente e definitivamente alla atrofia dell'organo.

2) Nel testicolo dell'uomo affetto da varicocele anche la soppressione di quasi tutte le vene spermatiche nel tratto scrotale non apporta l'atrofia dell'organo, ma quasi arresta il manifestarsi della stessa.

3) Se alla escissione delle vene spermatiche principali viene aggiunta l'asportazione di una losanga cutanea, la eversione della vaginale propria, la sospensione del testicolo all'anello inguinale esterno, la cura del varicocele, per l'assenza di ogni disturbo e di ogni recidiva sembra avvantaggiarsene, così da essere secondo noi raccomandabile l'applicazione del procedimento descritto.

BIBLIOGRAFIA.

1. AMBROSI. Policlinico, 1922.
2. BRISSAUD. Arch. de phis. e patol. Paris, 1880.
3. ALESSANDRI. Policlinico, 1895 e 1897.
4. BROVN SEQUARD. Arch. de phis. e patol., n. 3 e 4.
5. BENNET. Centralblatt fur ch., 1891.
6. BARILE. Policlinico, 1907.
7. TARLIER. Sémaine médicale, 1900.
8. CARTA. Clinica chirurgica, 1907.
9. DURANTE. Trattato di pat. e ter. chirurgica.
10. DESCHAMPS. Progrès médical, 1906.
11. DOUBROWO. Gazzetta medica, 1900.
12. DALLA VEDOVA. Policlinico, 1899.
13. EDRED e CORNER. Policlinico, 1906.
14. FORGUE. Trattato.
15. JACOB. Revue de Chirurgie, 1915.
16. LAMERIS. München med. Woch.
17. MORI. Clinica Chirurgica, 1907.
18. GRIMALDI e RICCIOLI. Policlinico, 1906.
19. MASERA. Gazzetta degli Ospedali, 1910.
20. MONOD et TERILLON. Traité des maladies de testicule.
21. MARASSINI. Clinica Chirurgica, 1902.
22. MIFLET. Langebek arch. für Cl. Chirurg., 1879.
23. OBOLENSKI. Centralblatt für Ch., 1867.
24. NICAISE. Revue de Chirurgie.
25. NARATH. Vien. Kl. Woch., 1900.
26. NILSON. Nordisch. med. Arch., 1912.
27. POTTER. Revue de Chirurgie, 1911.
28. PARONA. Policlinico, 1899.
29. POGGI. *Guarigione immediata delle ferite trasversali*, ecc. Rivista Clinica di Bologna, anno 1886.
30. RUGGI. Policlinico, 1905.
31. RECLUS. Traité de Chirurgie.
32. SPANGARO. Ueber die Histologischen veranderungen des Hodens. Anat. Hefte, 1902.
33. SCHIFONTE. Policlinico, 1905.
34. VOLPE. Policlinico, 1905.
35. VISCONTINI. Gazzetta degli Ospedali, 1900.
36. VIRDIA. Riforma medica, 1903.
37. VOLKMANN. Riforma medica, 1903.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CLINICA OTO-RINO-LARINGOLOGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretta dal prof. GHERARDO FERRERI

Condilomi acuminati da contagio extragenitale.

Dott. PIERO BRISOTTO.

Riferisco brevemente di due pazienti i quali condotti a Roma per farsi curare di disturbi otopatici dal prof. Bilancioni, presentavano labbra, lingua, pilastri e tonsille con manifestazioni di sifilide ignorata, rappresentate da una caratteristica forma di acantosi, trattate dal curante chirurgicamente, a cui non davano importanza perchè in tutto simili a quelle di un cugino ritenuto sanissimo col quale coabitavano.

Data la forma particolare del contaggio extragenitale a due bambini, da parte di un eredoluetico; dato il carattere vegetante di iperacantosi tutt'altro che comune e la rarità della sede, credo valga la pena di fermare l'attenzione sui due casi in parola.

Franco R., di anni 8. Assente sifilide nei genitori.

Il padre ebbe blenoraggia a 18 anni perfettamente guarita.

Madre sana: non ebbe aborti, ma tre figli vivi e sani.

Il P. abitò sempre coi suoi, assieme ad un cugino avente delle lesioni vegetanti alle labbra, assai resistenti ad ogni cura. Cinque mesi fa fu operato di dacriocistite dal medico del paese. Contemporaneamente comparvero al labbro inferiore tumefazioni dure raschiate e bruciate dal curante. Il padre venuto per curarlo di certe otalgie recidivanti afferma che tali manifestazioni sono identiche a quelle di un cuginetto col quale il figlio mangia e gioca assieme e a quelle della sorella a cui pure sono comparse da poco tempo.

E. O. — Adenoideo: sviluppo proporzionato all'età: pallido, anemico, deperito. Cicatrice all'angolo nasale della palpebra sinistra. Alla lingua, pilastri e tonsille presenta delle tumefazioni rilevate, multiple, circoscritte, dure indolore a superficie piatta, di aspetto lardaceo, circondate da mucosa leggermente arrossata. Sulla semimucosa del labbro inferiore (v. fig.) e all'apice della lingua si alzano a picco delle salienze accuminate coniche, sessili, umide, rosee, alte circa 5 o 6 mm. dure, indolenti, circondante da mucosa d'aspetto normale. Ghiandole sotto-mascellari e latero-cervicali infiltrate, dure, dolenti: epitrocleari palpabili. Notevole specialmente il ganglio sottomentoniero.

Organi toracici sani.

Nulla a carico dell'apparato cardiovascolare.

Dolente la percussione alle tibie.

Alla rinoscopia la mucosa appare tumida, arrossata: deviato il setto, ipertrofico il turbinato inferiore.

Alla otoscopia la membrana appare a destra esile, trasparente retratta: presenta il foro di Rivino: a sinistra, retratta con zone calcaree.

L'esame funzionale rivela leggera lesione dell'apparato di trasmissione.

La sorella fatta venire in secondo tempo presenta pure analoghe manifestazioni condilomatose alla lingua e alle labbra; placche mucose alle tonsille e all'ugola, infiltrate come l'epiglottide e la parete posteriore faringea. Gangli regionali infiltrati e dolenti.

Wassermann positiva completa in ambo i pazienti. Cura antiluetica. Guarigione.

Istologicamente le sezioni della produzione asportata dalla lingua a piccolo ingrandimento appaiono come un reticolato abbastanza regolare costituito da epitelio pavimentoso fra le

cui maglie è raccolto tessuto connettivo areolare piuttosto ricco di elementi cellulari. Aumentando l'ingrandimento si osserva che mentre i contorni dei tramiti epiteliali che costituiscono il suddetto reticolato son ben colorati, il centro di questi ha trattenuto a preferenza la tinta eosinica per scarsezza ed anche scomparsa dei nuclei cellulari. A forte ingrandimento poi si osserva che solo nelle maglie più piccole le cellule basali dell'epitelio sono disposte quasi regolarmente a ringhiera mentre nelle maglie più grandi ove è in maggior copia il connettivo areolare si osservano sui bordi i filamenti dell'esile stroma connettivale continuarsi direttamente col protoplasma degli epiteli basali e qui si determina un disordine nella disposizione di questi epiteli per cui appaiono penetrati dallo stroma e dalle cellule connettivali oltre che dalle cellule migrate dai vasellini del connettivo.

Al centro dei tramiti epiteliali si osserva vacuolizzazione, scomparsa dei nuclei e sclerosi del tessuto epiteliale uniformemente colorato dall'eosina. Questa uniforme colorazione può avere significato di una jalinosi ma vere masse jaline non si osservano mentre in questi punti sono sempre visibili dei vuoti lasciati dalla vacuolizzazione degli elementi epiteliali.

Le sezioni ottenute da un pezzo asportato dalla manifestazione al labbro, sono contornate da epitelio cheratinizzato a strato continuo, dal quale partonsi digitazioni grosse che nella profondità si anastomizzano per costituire un reticolato simile a quello innanzi descritto e con le stesse particolarità istologiche. Fra le digitazioni si avanza fino alla superficie della produzione, il tessuto connettivo areolare con vasi, ricco di elementi cellulari che promanano dai vasi stessi. Anche queste digitazioni hanno spesso i contorni irregolari per vacuolizzazione o per penetrazione del connettivo fra gli elementi epiteliali. Notansi anche in questo connettivo lievi effusioni ematiche dovute alla asportazione del pezzo.

***

Mentre la sifilide ignorata da contagio extragenitale nei bambini può considerarsi presso di noi abbastanza rara, essa si osserva invece assai più frequente in certi paesi, come in Africa dove la malattia è assai più diffusa. Al Marocco dove si ha una percentuale altissima di luetici che sale secondo le più recenti statistiche francesi al 75 % della popolazione, dove ancora non si crede alla origine sessuale del contagio; dove la lue è ignorata dal 50 % dei malati, e la trasmissione è assai facilitata anche dagli speciali usi e costumi degli indigeni, di farsi la barba, i peli del pube, il tatuaggio e la circoncisione con lo stesso ferro, di bere con lo stesso bicchiere, fumare con la stessa pipa e di succhiare le ferite con la classica abituale trascuranza di ogni norma igienica e profilattica, è naturale che le forme di sifilide extragenitale sieno frequentissime anche nei bambini che vivono in mezzo a malati cui l'affezione e i suoi accidenti non impediscono generalmente di seguire con araba indifferenza le loro occupazioni e di aspettare di regola le lesioni terziarie dolorose e distruttive per iniziare un trattamento primitivo quando non attendono la cicatrizzazione spontanea al prezzo di deformazioni talora gravissime.

La diagnosi di sifilide è poi difficoltata in quei paesi caldi anche dalla facile confusione con altre malattie tropicali che danno lesioni cutanee simili alle luetiche, la framboesia, per esempio, dovuta al treponema pertenue, la quale suole avere la lesione iniziale extragenitale, e dà pure Wassermann positiva e guarisce col neosalvarsan.

Caratteristica è la forma di iperacantesi delle manifestazioni dei due pazienti in una regione ben diversa dai luoghi di elezione indicati dalle opere classiche che le considerano come rarissime nella mucosa boccale.

Certe cause patogene, incapaci di produrre una degenerazione delle cellule malpighiane od un afflusso siero-leucocitario, provocano nell'epidermide quella irritazione formativa o proliferativa su cui insisteva Virchow. Dalla moltiplicazione primitiva delle cellule, risulta quella iperplasia e quello accrescimento di spessore del corpo mucoso che Auspitz chiamò *iperacantosi*.

L'iperplasia del corpo mucoso può esistere sola: essa esiste però assai spesso in connessione con l'ipertrofia dello strato corneo o con delle turbe della cheratinizzazione, cioè con l'ipercheratosi o le paracheratosi.

Dovunque esiste iperplesia del corpo mucoso, si trovano le papille allungate, talora fino a dieci volte la loro normale lunghezza: ora l'iperacantosi sembra accantonata negli spazi interpapillari senza estendersi alla parte dell'epidermide che sormonta le papille ciò sopratutto quando vi è in pari tempo paracheratosi, come nella psoriasi: ora invece il corpo mucoso è ispessito dappertutto.

Perchè l'allungamento delle papille coesiste constantemente coll'iperacantosi? Si è tentato di vedere in questa una conseguenza di detto allungamento e dello accrescimento svolgentesi dallo strato germinativo: altri hanno pensato che questo allungamento fosse necessario per

nutrire un'epidermide più spessa; ma oggi si ritiene come dimostrato che l'accrescimento delle papille lungi dall'essere primitivo è invece consecutivo all'iperpeplasia dell'epidermide.

Questa può essere circoscritta o diffusa: l'iperacantosi circoscritta si riscontra associata a turbe della cheratinizzazione in gran numero di efflorescenze cutanee. Nella verruca vulgaris, è una ipertrofia cornea assai accentuata che si aggiunge all'iperacantosi e che spesso disegna le papille sotto forma di prolungamenti filiformi inguainati di sostanza cornea.

L'ipertrofia del corpo mucoso è accentuata nella psoriasi, nel lichen semplice cronico od eczema papuloso dei tedeschi e nell'eczema seborroico, associandosi a turbe di cheratinizzazione. Nella sifilide psoriasiforme e vegetante, nel lupus papillomatoso, nel penfigo vegetante, ecc. l'iperacantosi gioca importanza considerevole fra le lesioni diverse a cui va unita in detti casi.

Tipiche manifestazioni iperacantosiche circoscritte sono le vegetazioni o condilomi acuminati i quali da alcuni furono considerati tumori assieme ai papillomi ed alle verruche, altri trovarono difficoltà a classificarli fra le dermatosi o fra i tumori ma se come è riconosciuto dette produzioni sono contagiose e dovute a una causa infettiva è logico debbano considerarsi come infiammatorie.

Il significato perciò di tali iperplasie circoscritte del corpo mucoso consiste senza dubbio in una reazione difensiva dell'epidermide contro un particolare stimolo irritante di natura batterico-tossica rappresentato nel condiloma dal treponema di cui spesso si può dimostrare colla presenza la causa della caratteristica forma di iperacantosi.

BIBLIOGRAFIA.

1. BALZER. *Du chancre syphilitique*. Journal des maladies cut. et S., p. 655, 1898.
2. BASSEREAU. *Affections de la peau symptomatiques de la syphilis*. 1852.
3. DIDAY. *La syphilis*. Paris, Masson, 1903.
4. DU CASTEL. *Chancres syphilitique atypigues*. Soc. fr. de Derm., avril 1890.
5. EUDLITZ et TERSON. *Chancres syph, de la paupière et du Menton*. Société fr. de Derm., 13 déc. 1894.
6. FOURNIER A. *La syphilis*. Paris, 1904. *Leçons sur le chancre*. 1856.
7. GAUCHER. *Cliniques des maladies cutan. et syphilit.* Presse Médicale, 1903, n. 19.
8. ID. *La syphilis*, 1903.
9. GIBERT. *Traité des maladies de la peau*, t. II, p. 483
10. HUTCHINSON J. *Syphilis*. London, 1887.
11. JULLIEN. *Traité pratique des maladies vénériennes*. 1886.
12. LEVADITI et ROCHÈ. *La syphilis*, 1909.
13. LACAPÈRE. *La syphilis arabe*. Doin, ed. Paris, 1923.
14. MAIOCCHI. *Lezioni cliniche*. Anno 1911-12.
15. MARINI. *Ricerche microscopiche e sperimentali, ecc.* Tesi, Modena, 1923.
16. PUCHE. *Traité des maladies vénériennes*. Rolles, ed.
17. RICORDI. *Sul valore avvenire delle inoculazioni in sifilografia*. Giornale it. delle mal. ven. e della pelle. 5, p. 1869.
18. RICORD. *Traité des mal. vén.*, 1838.
19. SARACENI. *Condilomi piani*. Atti R. Clinica Dermosif., Roma, 1902.
20. TRIBIERGE. *Syphilis et deontologie*. Paris, Masson, 1903.
21. VIDEL et PELLAGOT. *Traité des mal. vén.*, p. 284.

CLINICA DERMOSIFILOPATICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI BOLOGNA.
Direttore: Prof. comm. D. MAJOCCHI.

Nota clinico-radiologica sopra un caso di placca sclerotica del pene

per il dott. TITO GUERRIERI, aiuto onorario.

Se rare sono le sclerosi fibrose del pene, rarissime invece sono le formazioni calcaree ed ossee del medesimo.

Ed è perciò che la pubblicazione di casi di questo genere è sempre interessante anche quando (come nel caso mio) non sia riuscito l'esame anatomo-istologico per mancata biopsia negata dal paziente.

La genesi delle produzioni calcaree cutanee e sottocutanee è avvolta ancora nell'oscurità, malgrado la raccolta non scarsa di casi clinici occorsi fin qui.

L'interesse del mio caso sta principalmente nell'esame radiologico che, in mancanza dello studio anatomico, ci mette al sicuro sulla costituzione calcarea del nodo sclerotico, che passo a descrivere in questa breve nota.

Storia clinica. — S. G., di anni 56, facchino, domiciliato ad Imola (Bologna).

Padre morto mentre trovavasi ricoverato al manicomio, e madre decessa di mal di cuore all'età di 62 anni. Anche un fratello del paziente pare sia morto in seguito ad un attacco cardiaco.

Il p. accusa anch'egli qualche disturbo all'apparato cardiovascolare e pare che non abbia sofferto in precedenza di alcuna malattia degna di nota. È ammogliato ed ha un figlio di vent'anni, nato regolarmente a termine e che ha sempre goduto buona salute.

24 anni or sono s'infettò di lue, che curò in modo insufficiente ed imperfetto. Poco più tardi contrasse un'infezione blenorragica che non diede però alcuna complicazione posteriore; e consecutivamente ad intervalli più o meno lunghi riebbe due o tre riacutizzazioni (reinfezioni?) senza però disturbi gravi.

La presente lesione risale a qualche anno fa epoca in cui il paziente incominciò a notare un certo disturbo nell'erezione ed una leggera dolorabilità durante la funzione del coito.

Esame obiettivo. — Detta lesione si presenta come un nodo sclerotico nella faccia superiore della radice del pene, nodo che ha il volume di una mandorla circa. È di forma rotondeggiante, alquanto appianato e, sebbene aderente alla superficie sottostante, è lievemente spostabile ed indolente. La sua consistenza è lapidea.

All'esame l'uretra appare integra; la prostata è leggermente aumentata di volume e le urine sono chiare e senza filamenti.

Esame radiologico. — La radiografia dimostra in prossimità della radice del pene un raggruppamento di ombre di densità rilevante così da non lasciare dubbio che esse sieno dovute a corpi a peso atomico assai elevato in paragone coi corpi leggeri che fanno parte della molecola organica dei tessuti molli.

Con criterio calorimetrico molto approssimativo può ritenersi che tali corpi sieno sali di calcio.

La disposizione di tali ombre riproduce l'immagine di un reticolo che comprende nelle maglie un fondo di densità pari a quelle della totalità della verga; le maglie rappresentano delle lacune costituite da parti molli.

Ricostruendo e riassumendo può ritenersi che il nodulo palpato alla radice del pene dia un'immagine radiografica da cui si deduce essere esso calcificato ma non in totalità, sebbene con disposizione dei depositi calcarei a reticolo comprendente delle lacune di sostanze non calcificate.

L'importanza del caso non può sfuggire ad alcuno tenuto conto della rarità della lesione. Di sclerosi del pene nello spessore dei corpi cavernosi vi sono non pochi esempi descritti da diversi autori. Siffatte sclerosi si accompagnano spesso a deformità del pene per la curva che esso presenta nel punto colpito dalla lesione indurativa, non che a gravi disturbi della funzione del coito.

Riguardo alla lesione anatomo-patologica è stato riscontrato in alcuni casi una neo-formazione del connettivo a carattere cheloideo, mentre in altri vi ricorre una produzione di tessuto osseo o semplice calcificazione.

Nel caso su descritto non ho potuto ottenere (come ho detto più sopra) la escissione del nodo sclerotico per decisa opposizione del paziente e quindi si deve tener conto esclusivamente del risultato radiologico, che, del resto, dà una chiara e precisa dimostrazione della natura della lesione.

Ora dal grado di colorito scuro che si scorge in alcuni punti del nodo si può arguire che si tratti di un processo di calcificazione non uniforme della massa nodosa, calcificazione dovuta ad un processo infiammatorio cronico del connettivo infracavernoso.

E queste parziali ossificazioni del pene, ben differenti dagli indurimenti fibrosi dei corpi cavernosi, sono delle vere curiosità patologiche di una estrema rarità. Come i nodi plastici, fibrosi e cheloidei, esse si formano quasi sempre in soggetti di età matura risiedono sul dorso del pene e si sviluppano sia nell'albuginea, sia nello spessore dei corpi cavernosi.

Clinicamente, in generale, si manifestano per una certa dolorabilità nell'erezione e nel coito, e per la deformità della verga; hanno una consistenza lapidea e le loro dimensioni sono generalmente più grandi di quelle dei nodi fibrosi.

Come si è visto chiaramente nel caso nostro, questi nodi calcifici dànno un'immagine netta all'esame radiografico; mentre l'esame istologico mostra in tutti i casi una sostituzione di tessuto calcareo a quello fibroso.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

L'Emicrania.

(A. F. HURST. *The Lancet*, 5 luglio 1924).

Nella patogenesi dell'emicrania occorre distinguere due fattori: centrale e periferico. Il primo è costituzionale, ereditario e non consta di una lesione organica vera e propria, ma di un disturbo funzionale analogo a quello che sta alla base dell'asma e dell'epilessia, affezioni con le quali l'emicrania ha molte relazioni, tanto che possono esistere nella stessa famiglia ed anche nello stesso individuo. In tutte e tre le forme si tratta della tendenza di certe parti del cervello a mettersi in uno stato di eccitazione (Storm-centres) in determinate condizioni. Nell'asma questo centro è costituito dalla parte del nucleo del vago che controlla le fibre costritrici secretive dei bronchi, nell'epilessia è la corteccia, nell'emicrania si tratta di centri diversi. I caratteristici fenomeni visivi sono dovuti all'eccitazione seguita da paralisi di un'area della corteccia occipitale; la rara afasia ed i disturbi delle funzioni motorie e sensitive degli arti sono anch'essi di origine corticale; i sintomi gastrici e vaso-motori dipendono da disordini del simpatico; la origine della cefalea rimane poi un mistero.

Per quello che riguarda la causa occasionale, i fattori determinanti la eccitazione dei centri che determina la sindrome, le opinioni sono varie.

Si è attribuito l'attacco emicranico ad un elemento tossico-anafilattico, endocrino, gastro-intestinale, metabolico.

La teoria che l'emicrania è una specie di fenomeno anafilattico simile all'asma e dipendente da una idiopatia tossica, da una ipersensibilità a certe proteine è degna di considerazione, quantunque fino ad ora non si sia riusciti a darne la prova.

Non meraviglia che anche gli organi endocrini siano stati chiamati responsabili dell'emicrania: nell'attuale periodo nulla sfugge al dominio dell'endocrinologia. Ma la verità è che se anche considerazioni teoriche fanno sempre possibile una tale patogenesi, i fatti al riguardo sono perfettamente muti.

Analogamente fu a suo tempo chiamato in causa l'acido urico. Si notò la frequenza degli accessi d'asma e d'emicrania nei gottosi, ma non si tardò a constatare trattarsi di una coincidenza fortuita. In base a tale criterio patogenetico si raccomandò agli emicranici la dieta senza purine, ma gli effetti non furono confortanti.

L'emicrania si suole più comunemente attribuire a disordini gastro-intestinali. Ma per quanto tale credenza sia molto diffusa, essa nullameno appare falsa. In molti casi esaminati l'Autore non ha mai trovato fatti a carico dello stomaco e delle varie sezioni dell'intestino che rendessero plausibile l'opinione stessa. Talvolta anzi l'emicrania è aggravata dal fatto che i pazienti si purgano frequentemente: le feci vengono diluite e rese più facilmente assorbibili il che aggrava la situazione. Ma beninteso questo assorbimento di tossici non è di per sè stesso causa del'emicrania: esso è semplicemente un fattore accessorio che rende più gravi e frequenti gli attacchi per i suoi deleteri effetti sullo stato di salute generale.

Gli stimoli psichici possono anche essi costituire un fattore occasionale. Come nell'epilessia e nell'asma lo stato di aspettazione e di suggestione può favorire l'insorgere degli attacchi.

La vera causa occasionale dell'emicrania consiste in uno stimolo periferico proveniente dall'occhio.

È ben noto come l'irritazione della mucosa nasale e bronchiale, la distensione dello stomaco e del retto sono cause riflesse dell'attacco d'asma. L'irritazione periferica di varie parti del corpo può essere la causa suscitatrice di un accesso epilettico specie nei bambini. Ora nell'emicrania avviene qualche cosa di simile: quantunque la irritabilità dei centri celebrali è un fatto costituzionale, permanente, gli accessi non si verificherebbero se non ci fosse un fattore periferico consistente in un disordine della visione. I vizii di refrazione, specialmente l'astigmatismo, la insufficienza di uno o più muscoli esterni dell'occhio per modo che risulti una incoordinazione della loro funzione sinergica sono la causa degli attacchi di emicrania.

La diagnosi di emicrania è facile. I sintomi sono molto caratteristici: cefalea unilaterale proceduta da disturbi visivi e seguita da nausea e vomito. Comunque bisogna ricordare che gli accessi variano e spesso di molto nei varii individui ed anche nello stesso individuo.

Spesso i disturbi visivi non sono molto marcati e non richiamano l'attenzione dei pazienti. Talvolta la cefalea è leggera ed i disturbi visivi sono gravi. Contrariamente al significato del nome della malattia non raramente la cefa-

lea è bilaterale, quantunque si possa notare sempre una differenza d'intensità ai due lati. In qualche caso manca la nausea ed il vomito, mentre in altri costituiscono i sintomi prominenti.

L'emicrania, come l'epilessia, ha i suoi equivalenti: talvolta l'attacco classico è sostituto da altri disturbi: spasmo e paresi di un braccio o di una gamba, di una metà della lingua e della faccia ed anche afasia; talvolta emiplegia ricorrente con esagerazione dei riflessi profondi e sintoma di Babinski.

In certi casi i sintomi gastrici sono così gravi che la diagnosi differenziale con forme addominali è possibile solo dopo un accurato esame ed una lunga osservazione. Nei bambini spesso assume la forma dei così detti attacchi biliari.

Talvolta la nausea ed il vomito sono sostituiti da diarrea.

La prognosi dell'emicrania è incerta. Trattandosi di un fatto costituzionale, ereditario l'abito emicranico non è suscettibile di modificazioni. La frequenza degli attacchi può avere delle soste anche lunghe. Con l'avanzarsi dell'età gli accessi di solito diventano meno gravi e frequenti e non è raro che a 50 anni scompaiono del tutto.

La parte più importante del trattamento consiste nella prevenzione degli sforzi di vista. La correzione della miopia, dell'ipermatropia dell'astigmatismo deve essere perfetta: basta una piccola insufficenza delle lenti perchè gli attacchi si ripetano. D'altra parte occorre diminuire la eccitabilità dei centri cerebrali e ciò si ottiene con i bromuri e con il luminal. Nè va trascurato lo stato generale che va curato mediante ricostituenti, e le cause che influiscono su di esso, come la sepsi dentaria o tonsillare, la dispepsia gastrica ed intestinale. I purganti, i preparati opoterapici, le diete speciali riescono aggravanti o inutili.

I così detti antinevralgici per calmare l'accesso già iniziato lasciano per lo più il tempo che trovano. Al riguardo si deve rilevare che la mucosa gastrica durante l'accesso si trova in uno stato di atonia, di incapacità ad assorbire alimenti e medicamenti, quando questi non sono riemessi con il vomito.

Senza dubbio il vomito è quello che dà un vero sollievo e quando non è spontaneo conviene provocarlo con ingestione di grande quantità di acqua calda con bicarbonato. È probabile che gli impulsi dello stomaco in contrazione si trasmettano attraverso ai centri cerebrali, inducendovi tali modificazioni da far cessare la scarica emicranica.

Dr.

La puntura della cisterna magna.

(M. PFISTER. *Münch. med. Woch.*, 9 maggio 1924).

Wegeforth, Ayer Essiek nel 1919, in seguito a ricerche sperimentali e studi sul cadavere, proposero un metodo semplice e corretto per pungere la cisterna cerebello-medullare. Ayer associando la puntura della cisterna con quella lombare ha eseguito il lavaggio degli spazii meningei, nei casi di meningite, e a scopo diagnostico. La puntura viene eseguita a paziente supino col capo leggermente flesso. Si palpa il processo spinoso della 2° vertebra cervicale e s infigge l'ago immediatamente al di sopra di esso, dirigendosi sulla linea mediana e verso l'alto in direzione di una linea passante per il meato acustico esterno e la glabella. La profondità alla quale si raggiunge lo spazio subaracnoideo varia a seconda lo stato di nutrizione del paziente, ma è raro dover oltrepassare i 5 al massimo 6 cm. Se a tale profondità non si raggiunge il liquido è prudente interrompere la puntura. La membrana atlo-occipitale viene attraversata a 1-½ cm. al di sotto il margine posteriore del grande forame occipitale. Ayer trovò nei casi di tumore midollare una quantità infinitamente maggiore di albumina (4-5 volte maggiore) nel liquido cefalo rachidiano al di sopra del tumore, che al di sotto, anche prima che le differenze idromeccaniche in corrispondenza delle due punture segnassero un interruzione nella continuità dello spazio. Egli ritiene questo sintoma come un dato prezioso e precoce dei tumori del midollo. Ayer afferma che su 100 proprii e su altri 300 casi di diversi osservatori americani non si ebbero mai ad osservare casi di morte consecutivi alla puntura della cisterna cerebello-medullare.

E certo è meglio attenersi rigorosamente a questa tecnica piuttosto che eseguire la puntura strisciando tra atlante e occipite: è soltanto necessario mantenersi rigorosamente sulla linea mediana senza imprimere all'ago movimenti di lateralità. Oltre i 6 cm., che andrebbero sempre segnati sull'ago, non bisogna spingersi. In qualche caso di questi, appunto, è stato osservato arresto del respiro, rallentamento del polso stato grave, da cui i malati non si sono riavuti che dopo qualche giorno e molte cure. Per la esecuzione della puntura non è necessaria alcuna narcosi, ma si è dimostrata utile la somministrazione di un ctg. di morfina per via sottocutanea.

Procedendo con due manometri, uno in comunicazione con la cisterna magna, l'altro con lo spazio scafaracnoideo lombare si osservano eguali pressioni mantenendo beninteso i due aghi a eguale altezza. Ma in alto si osservano

meglio le oscillazioni delle pulsazioni, del respiro, l'aumento di pressione alla compressione delle giugulari. Iniettando dall'ago inferiore dell'aria con una siringa fuoriescono da quello superiore delle bollicine di gas dopo la introduzione di 35-50 cmc. di aria. E facile escludere in tal modo il blocco del midollo.

Attraversò la puntura della cisterna, si può anche procedere più direttamente ad una cura antiluetica in affezioni cerebrali e l'esperienza dell'A. sebbene ancora modesta tenderebbe a dimostrare la bontà del metodo e ad incoraggiare anche altri osservatori in tali tentativi.

E. M.

Il bismuto iniettato nei muscoli o nelle vene passa nel liquido cefalo-rachidiano?

(E. JEANSELME, M. DELALANDE e TERRIS. *La Presse Médicale*, 19 marzo 1924, n. 23).

Fin dal 1921 è stata chiaramente dimostrata la presenza del bismuto nei visceri e nella maggior parte degli umori dell'organismo umano sottoposto a tale medicazione e da Fournier e Guenot prima, indi da Demelin e infine da Dessert il bismuto sarebbe stato rintracciato anche nel liquido cefalo-rachidiano nel quale, fatta eccezione dello ioduro di potassio, non è mai stato possibile mettere in evidenza neanche traccie minime degli altri medicamenti antisifilitici.

L'alto interesse che fornirebbe la prova del passaggio del bismuto nel liquido che bagna i centri nervosi ha spinto gli AA. a numerose ricerche per controllare i risultati positivi già ottenuti da Fournier, Guenot e dagli altri su ricordati.

Il metodo usato per la ricerca del bismuto è stato sempre quello di Léger modificato da Aubry.

Questo reattivo è una soluzione al 2% di ioduro di potassio e all'1% di solfato di chinino: Aubry ha sostituito il solfato di chinino con nitrato di cinconina rendendo così la reazione sensibile all'1/100.000. Si prende un determinato volume di un liquido da analizzare contenente del bismuto, si evapora fino a siccità e si calcina il residuo fino a ceneri bianche che si riprendono con l'acqua bollente acidulata con No^3H. Dopo aver filtrato e trattato con il reattivo di Aubry si ottiene un voluminoso precipitato rosso di iodobismutato di chinino.

Questo metodo però è suscettibile di errori che possono far credere alla presenza del bismuto ove non ve ne è, e le cause che possono influenzare la reazione sono state chiaramente indicate da Cury e Poirot, ma non è qui possibile neanche di riassumerle.

Tenendo però nel giusto valore tali cause di errori, gli AA. non sono mai riusciti a dimostrare la presenza del bismuto nel liquido cefalo rachidiano.

Le esperienze sono state praticate su liquidi cefalo-rachidiani provenienti da sifilitici con diverse manifestazioni del sistema nervoso e curati con differenti preparati di bismuto sia solubili che insolubili, sia per via intramuscolare che endovenosa. Tali esperienze sono dagli AA. raggruppate come segue:

Meningite acuta sifilitica (7 osservazioni);
Meningite cronica sifilitica (2 osservazioni);
zioni;
Tabe (7 osservazioni);
Paralisi generale (6 osservazioni);
Tabe associata alla paralisi generale (1 osservazione);
Paralisi radiale sifilitica (1 osservazione);
Reazioni meningee diverse del periodo secondario (3 osservazioni);
Sifilide secondaria (senza segni di reazione meningea (1 osservazione).

Tutte le ricerche per svelare la presenza del bismuto nel liquido cefalo-rachidiano di tali malati sono state negative e ciò in contraddizione con i risultati degli esperimentatori più sopra citati. Dessert infatti nella sua tesi conclude che il bismuto fu sempre ritrovato nel liquido cefalo-rachidiano fin dal secondo giorno dopo l'iniezione e fino al 20° giorno dopo la fine di una serie di 12 iniezioni.

Bisogna supporre le ricerche di Dessert suscettibili di errore anche perchè il metodo di Léger non era allora applicato con tutto il rigore desiderabile.

Tali risultati negativi non devono però gettare il discredito sulla medicazione bismutica della quale anzi l'osservazione clinica ha dimostrato i buoni risultati in alcune forme di sifilide nervosa; i sali di bismuto impregnando i centri nervosi possono agire direttamente sulle lesioni cerebro-spinali e meningee, senza tuttavia passare nel liquido cefalo rachidiano.

Dalle esperienze degli AA. risulta che la meninge è impermeabile al bismuto, come del resto anche all'arsenico, non solo allo stato patologico, ma anche allo stato normale, il che dimostra non esatta la supposizione che la permeabilità ai medicamenti nel liquido cefalo-rachidiano sia diminuita nella tabe e nella paralisi generale per la forte reazione linfocitaria ed iperalbuminosa che si constata nel liquido cefalo-rachidiano stesso.

Concludendo la meninge normale o patologica sembra essere impermeabile al bismuto ricercato almeno con i metodi attualmente conosciuti.

VINCENZO MONTESANO.

GASTRO-ENTEROLOGIA.

Sui tumori dello stomaco di natura non carcinomatosa.

(HÜNERMANN. *Arch. f. Klin. Chirurgie*, 30 aprile 1923).

Nella clinica chiurgica di Vienna dal 1902 al 1921 sono stati osservati 1125 tumori dello stomaco. Tra questi sono 3 miomi, 1 polipo benigno della mucosa, 7 linfosarcomi che accresciuti di un mioma ed un linfosarcoma della pratica privata costituiscono l'oggetto della comunicazione.

I 4 casi di mioma furono riscontrati specialmente in individui della giovane e media età nei quali l'anamnesi dava vomito con sangue, senso di peso, e dolori nella regione gastrica, irregolarità dell'alvo, feci con sangue, diminuzione del peso del corpo. I segni erano di ulcera. Le prove del chimismo gastrico diedero in 2 una iperacidità, negli altri 2 risultato non utilizzabile.

Radiologicamente in 3 si ebbe difetto di riempimento senza raggrinzamento dello stomaco nè diminuzione del vuotamento, in uno si ebbe il segno di ulcera penetrante. All'operazione si trovarono tumori da un uovo ad una mela, lisci, situati nella parete gastrica e sporgenti nel lume.

La prognosi di tali tumori è buona.

I polipi benigni isolati sono molto rari, trovandosi per lo più in connessione con una poliposi dello stomaco. Il caso descritto apparteneva ad un uomo di 24 anni che da 6 mesi soffriva di dolori dopo i pasti, vomito, diarree irregolari. Nessun tumore palpabile, acidità gastrica 35-69, non difetto di riempimento dell'antro alla radioscopia.

All'operazione si rinvenne un tumore rotondeggiante nella pars pilorica che istologicamente diede il reperto d'una poliposi piatta. Fu fatta la resezione pilorica che è preferibile alla semplice gastro-enterostomia potendo più tardi tali tumori diventare maligni. Crede che si tratti di un accrescimento papillare sopra una base infiammatoria.

I linfosarcomi hanno colpito l'età media di 38 anni ed in 3 si sono svolti con un'anamnesi di ulcera. Il tumore occupava tutti gli strati gastrici ed in minore porzione la mucosa e non si potè definire il punto di partenza. In 4 casi furono trovate metastasi.

La diagnosi differenziale coi carcinomi è possibile per i fibrosarcomi che si accrescono espansivamente e somigliano nella loro forma di più ai tumori benigni ma non si può ammettere per i linfo-sarcomi ed i sarcomi a cellule rotonde che infiltrano tutte le pareti gastriche. Secondo molti autori il sarcoma a cellule fusate o rotonde e il linfosarcoma hanno un decorso di 1-1 ½ anni.

L'anamnesi più breve è stata quella di una bambina di 3 anni che solo 3 settimane prima dell'entrata in clinica aveva cominciato a soffrire allo stomaco con vomito. In tutti i casi è stato riscontrato un dimagramento, sintoma che non si deve tralasciare, e nella metà dei casi vomito non solo in quelli con tumore sviluppatosi nel piloro ma anche nella parte media dello stomaco. Il dolore nell'ambito gastrico può essere un sintoma alle volte precoce. Si possono avere ematemesi e melene nel sarcoma per il suo accrescimento destruente, ma sono più rare che nel carcinoma; solo in un caso si ebbero i segni di una emorragia interna.

Il chimismo gastrico diede in 2 ipocloridria, in 4 assenza di acido cloridrico con ipoacidità totale, in un caso presenza di a. lattico e in 2 di emoglobina.

Con l'osservazione radiologica non si può fare una diagnosi differenziale tra il linfosarcoma ed il carcinoma dello stomaco quantunque Haudek pretende di farla partendo dal principio che il linfosarcoma non dà mai il rimpiccolimento dello stomaco. Del resto ricerche anatomo-patologiche hanno dimostrato spesso un rimpiccolimento del lume gastrico anche per i linfosarcomi. Le ricerche radiologiche col pneumoperitoneo sono mezzi ausiliari ma la diagnosi può essere fatta soltanto al microscopio. Del resto la diagnosi differenziale non ha grande importanza.

La terapia se il tumore ha metastasi e non è asportabile è sintomatica con gastro-enterostomia o digiunostomia.

Degli 8 casi 7 furono operati: 4 con resezione gastrica, 2 con digiunostomia ed uno con gastro-enterostomia seguite da resezione.

Dei 4 resecati di 2 non si hanno notizie, 1 morì dopo 2 anni per polmonite, 1 dopo 3 anni per suppurazione dell'orecchio medio.

I due con digiunostomia morirono pochi giorni dopo l'asportazione del tumore l'altro si mantiene senza recidiva dopo 3 anni. In definitiva la prognosi non è cattiva tanto più che Konjetzny ha riferito di due casi senza recidiva operati da 7 e 14 anni.

Negli operati sono state fatte delle applicazioni di raggi X ai quali va certamente data importanza.

BRANCATI.

La tubercolosi dello stomaco.

(H. I. WILLERDING. *Arch f. Klin. Chir.*, Bd. 128, H. 1/2, 1924).

La tubercolosi dello stomaco è un'affezione rara, ma non tanto quanto può apparire a prima vista. Le cifre dei diversi osservatori (Glaubitt, Plambeck, Simmonds, Gossmann), a proposito di stomaci di tubercolosi, oscillano tra un massimo di 2 ad un minimo di 0,4 %. Forse i casi sono anche più numerosi. Poncet e Leriche, ne distinguono tre forme: 1) f. ulcerativa; 2) f. ipertrofica, che dà luogo a produzioni di aspetto neoplastico; 3) f. sclerotica. Ma esistono anche forme di passaggio e forse si tratta spesso di stadi.

Su 7 casi personali dell'A. 6 furono osservati all'autopsia, 1 al tavolo operatorio. La forma ulcerativa ha il predominio sulle altre: le ulcere possono presentarsi uniche, multiple e miliari; possono raggiungere dimensioni cospicue fino alla grandezza di un palmo di mano, hanno sede prepilorica, sulla piccola curvatura. Per la sclerosi delle pareti talora provocano una stenosi, la quale reclama un intervento. Spesso sono tumefazioni palpabili attraverso le pareti. La parte pilorica è anche quella più colpita dalle ulcere multiple, per il maggior numero di follicoli linfatici e per la maggior esposizione a insulti meccanici. Secondo Arloing sono più frequenti le ulcerazioni uniche, ma per i più è l'opposto. La grandezza è varia da un grano di miglio a una mandorla, a forma di solito ovale ,triangolare e stellata a margini sottominati e leggermente rialzati col fondo costituito da piccoli bottoncini ricoperto da un essudato. Il maggior asse delle piccole ulcerazioni è diretto ora secondo il maggiore, ora secondo il minor asse dello stomaco. Di solito l'ulcerazione penetra nella mucosa e nella sottomucosa: di raro viene invasa anche la muscolare. Non è davvero frequente l'arrosione dei vasi, nè la perforazione delle pareti per processi endoarteritici, endoflebitici e sclerocirrotici. Da qualche autore la affezione vasale viene ritenuta la primitiva. Moncorgè riporta la tubercolosi dello stomaco ad una arterite tossico-tubercolare. Più ulcere possono confluire dando luogo a ulcerazioni maggiori di forma varia. La diagnosi anatomica è facile per i caratteri anzidetti, ma non sempre essi sono così evidenti; anzi in qualche caso non si può decidere se si abbia a fare con un ulcera primitivamente o secondariamente tubercolare. La forma iperplastica è per lo più primitiva, per lo meno clinicamente. Ma è assai rara: nella letteratura non se ne conoscono che 10 casi, 11 con quello riportato dall'A. venendo di solito confusi con un neoplasma fino all'esame istologico che ne corregge la diagnosi. (*E doloroso constatare come il contributo degli osservatori italiani Durante, Alessandri, Patella, ecc., sia completamente ignorato dall'Autore, il quale, del resto, mostra di esser al corrente anche della letteratura straniera*).

La forma sclerotica è la più rara. Per spiegare la rarità della tubercolosi gastrica malgrado la frequenza con la quale i bacilli passano per lo stomaco, Rokitanski incolpa la povertà della mucosa gastrica in noduli linfatici, Orth ritiene fortemente battericida il succo gastrico per il suo contenuto in acido cloridrico e pepsina, Arloing ascrive al muco gastrico un forte potere protettivo.

La via d'infezione è varia: 1) dal contenuto gastrico; 2) ematogena; 3) linfatica; 4) per contiguità e continuità dalla sierosa. Bisogna sempre pensare al primo modo: al secondo, solo se non esiste una chiara affezione di un altro organo: il terzo modo è raro; eccezionale l'ultimo. Zesas ha voluto sostenere la possibilità di un'infezione retrograda per antiperistalsi, dall'intestino tenue, evenienza che non sempre si riscontra. Ad ogni modo anche nel caso singolo è difficile precisare il modo di inoculazione e di invasione della mucosa gastrica.

La diagnosi della tubercolosi gastrica « intra vitam » è difficile se non impossibile. A prescindere dal fatto che non si riesce mai o quasi a mettere in evidenza i bacilli di Koch nel contenuto gastrico, il reperto ha valore solo quando si possa escludere con sicurezza una tisi polmonare concomitante. Si può pensare alla possibilità di una tubercolosi dello stomaco in presenza di disturbi gastrici in un tubercoloso. La diagnosi differenziale va istituita con l'ulcera semplice, il carcinoma, la lues e il mioma.

Il quadro clinico decorre con i sintomi ora di un carcinoma: prevalgono i fenomeni dispeptici, i disturbi della motilità e del chimismo: per lo più esiste diarrea, di rado stipsi: prevale la acloridria e l'ipocloridria.

Rara l'ematesi, calcolata da Arloing al 9 % dei casi impedita per la trombosi vasale. Qualche volta si determina una stenosi pilorica per la quale è richiesto l'intervento senza che nessun sintomo possa far pensare ad una pregressa tbc.

La terapia dovrebbe essere essenzialmente interna secondo i medici. Petruschky vanta dei successi con iniezioni di tubercolina, ma come in tutte le altre forme di tubercolosi hanno grande importanza la alimentazione sufficiente e nutriente. La cura con la tubercolina offre il pericolo di un troppo rapido disfacimento delle formazioni tubercolari.

La stenosi pilorica è di dominio chirurgico: subordinando le modalità dell'intervento alle condizioni generali e speciali dell'individuo in questione.

Di 36 operati, 19 guarirono con la resezione, 11 con la gastro-enterostomia. Dei due interventi accennati quando è possibile va preferita la resezione più fisiologica e più radicale.

E. M.

Intususceptione retrograda del tenue dopo gastro-enterostomia.

(DRUMMOND. *The Brit. Journ. of Surg.*, 1923).

È il 15° caso della letteratura e riguarda un uomo di 35 anni che il giorno antecedente all'osservazione era stato colto da forte dolore all'epigastrio seguito da vomito dapprima alimentare, poi con sangue ed infine con cattivo odore; alvo chiuso anche per i gas, febbre, polso 96, lingua asciutta, addome mobile con la respirazione, poco trattabile; sulla parete presenza di cicatrice laparotomica. L'inf. era stato operato 16 anni prima per ulcera duodenale con gastro-enterostomia alla Roux; dopo 3 anni fu ampliata la bocca anastomotica che si era ristretta; in seguito stette sempre bene.

Nell'intervento di urgenza si trovò: l'ansa duodenale fortemente distesa, la porzione di stomaco compresa fra stoma e piloro piccola, atrofica e coperta da aderenze; la parte distale dell'intestino dopo l'anastomosi invaginata attraverso lo stoma per circa 150 cm. La invaginazione fu facilmente ridotta e l'ansa invaginata presentava, come nelle invaginazioni ileo-cecali, edema, chiazze emorragiche. Il malato stette bene, però fu sottoposto a nuovo intervento per una cura preventiva dell'invaginazione col rifare una nuova gastroenterostomia ad ansa molto corta.

Per la patogenesi dallo studio dei casi noti non sembra abbia importanza il metodo di gastroenterostomia avendosi cifre uguali nel metodo anteriore ed in quello posteriore. In due casi era una gravidanza con vomito e questo avrà certamente influito sulla produzione dell'intususceptione. La invaginazione avviene nel senso ascendente per cui si deve ammettere un movimento antiperistaltico dell'ansa digiunale ed un rapido vuotamento dello stomaco.

I sintomi consistono in attacco improvviso di dolore a crampo nell'epigastrio, vomito alimentare e biliare e poi sanguigno, assenza di movimenti intestinali; in qualche caso si è notata una tumefazione.

In tutti i casi l'invaginazione è avvenuta dopo molto tempo dalla gastro-enterostomia.

Per il trattamento, dopo la riduzione della intususceptione qualcuno sutura l'ansa del digiuno invaginata al colon.

BR.

Trattamento dell'occlusione intestinale acuta.

(CALCAGNO. *Journ. de Chir.*, 1923, n. 4, ottobre).

L'A. tratta l'argomento sull'esperienza di 24 casi che ha avuto occasione di curare.

Crede più utile ai fini della prognosi e della cura di distinguere le occlusioni in *complete* e in *incomplete* anzichè in acute e croniche, pur riconoscendo che le prime sono generalmente acute e le seconde croniche.

Dal punto di vista terapeutico sarebbe utile una diagnosi precisa, differenziando un'occlusione intrinseca o estrinseca da un ileo dinamico, però non sempre si hanno sintomi sufficienti. La mancanza completa dell'eliminazione di feci e di gas si ha in tutti e tre così:

Il vomito nelle occlusioni meccaniche suole essere più insistente che nelle paralitiche.

Il dolore esacerbato da movimenti peristaltici è proprio delle occlusioni meccaniche, ma può aversi all'inizio di una peritonite. La febbre suole mancare nelle occlusioni meccaniche, ma non sempre. La facies e il polso danno segni generalmente molto sicuri. L'iperleucocitosi si ha nelle peritoniti. L'indacanuria spiccata nelle occlusioni del tenue.

L'esame radiologico salvo qualche eccezione non è di pratica applicazione e può essere dannoso.

Trattamento in generale. — La cura può essere medica e chirurgica: il trattamento medico può riuscire utile nell'ileo funzionale e nei casi dubbi durante il tempo di attesa. A questo scopo sono buoni i mezzi blandi: la proctoclisi, i lavaggi gastrici, le iniezioni d'ipofisina. Il trattamento biologico mediante sostanze antitossiche non ha fatto buona prova.

Nell'occlusione completa acuta il trattamento chirurgico s'impone e precocemente per poter sperare successo.

Come stanno a dimostrare tutte le statistiche, l'intervento di scelta deve essere la laparotomia con la rimozione della causa. L'enterostomia deve restare un'operazione di necessità.

Il lavaggio gastrico preoperatorio non ha effetto disintossicante e può accrescere la depressione.

Per la laparotomia è preferibile l'anestesia generale, che l'A. usa ottenere con cloroformio e ossigeno; per l'enteroanastomosi basta la anestesia locale.

La morfina e il sedol secondano la sincope.

La sede dell'incisione è bene che sia sul pun-

to occluso se è determinabile se no deve essere sottoombelicale salvo nell'occlusione duodenodiguinale. L'A. preferisce incisioni pararettali.

L'eviscerazione totale alla Kummell è da preferirsi alla lotta per tenere le intestina nel ventre e non è indispensabile coprirle con pezze calde umide.

L'evacuazione operatoria del contenuto intestinale sostenuta fra gli altri dal Mojnhian e dal Trives, non la crede consigliabile perchè nelle occlusioni l'assorbimento tossico è scarso, perchè per la paresi intestinale l'evacuazione non riesce e perchè si corre il rischio di infettare il campo.

Quando è assolutamente indispensabile bisogna incidere 10 cm. sopra l'ostacolo per allontanarsi da eventuali ulcerazioni della mucosa ed introdurre un lungo tubo a tenuta; gli apparecchi speciali a tale scopo non sono di facile applicazione.

Per eliminare l'ostacolo bisogna scegliere il processo più semplice; la resezione in periodo acuto è da evitarsi nei limiti del possibile, l'enterostomia oltre che per necessità può essere utile come intervento preliminare.

L'uso di bottoni è da rigettarsi salvo *in extremis* per i suoi gravi inconvenienti.

Dopo l'intervento sostenere le forze dell'infermo; lavaggio gastrico se vomita; non ostinarsi a vuotare l'intestino; si può stimolare la defecazione in modo blando solo dopo 5 giorni, perchè solo in tale giorno, secondo le esperienze del Chlunsky, comincia una certa resistenza delle suture.

Terapia delle differenti lesioni. — In caso di *invaginazione* le statistiche impressionanti farebbero propendere per l'astensione; ma l'A. è favorevole all'intervento cruento, che ha tanto maggior speranza di successo quanto più è precoce.

Il processo più semplice e più innocuo, quando si può, è la svaginazione.

La resezione in blocco e l'anastomosi laterolaterale dà una mortalità del 63-85 %, ma è meno grave della semplice esclusione o dell'abboccamento dei due monconi alla cute. La resezione mediante una bottoniera alla Jossett-Barker è di difficile esecuzione e pericolosa.

Eseguita la svaginazione conviene eliminare la causa; se si è trattato di un'invaginazione ileo-cecale e la causa non è stata l'appendice è bene fissare il cieco, in tutte le altre è preferibile lasciare l'intestino libero se non si teme disfacimento.

Se si tratta d'un *volvolo* del sigma si può tentare di detorcerlo mediante clisma o insufflazione d'aria, ma generalmente è necessario un intervento chirurgico.

Se si è diagnosticato un volvulo del tenue, ampia laparotomia ed eviscerazione totale alla Lejare per facilitare le manovre, se no può bastare una laparotomia sottoombelicale.

La detorsione semplice è l'operazione di scelta. Si può cercare di sgonfiare l'ansa con una sonda introdotta nel retto. La puntura dell'intestino non riesce allo scopo e può essere causa di contaminazione.

Quando tutto ciò non è possibile l'A. consiglia la resezione con entero-enteroanastomosi o abboccamento dei monconi alla parete. La semplice enterostomia, come la esteriorizzazione non impediscono la cangrena ed espongono al pericolo di peritonite.

Contro la tendenza a recidiva prima di tutto rimuovere la causa, poi estesa fissazione del tratto alla parete.

La resezione può praticarsi in caso di recidiva ma è aggressivo applicarla sistematicamente onde evitare recidiva.

In caso di ansa cangrenata evidente la resezione s'impone, ma se la cangrena è dubbia è preferibile ridurre l'ansa fissandola alla parete e lasciare un drenaggio, poichè la capacità di ripristino della circolazione nelle intestina è più gande di quello che non si immagina.

Circa l'eliminazione *delle briglie* e *delle aderenze* il primo rimedio dovrebbe essere profilattico, cioè evitare traumatismi della sierosa e non lasciare superfici cruente di essa. Quando già esistono occorre resecarle e peritonealizzare.

In fatto di *inginocchiamento* si cerca liberare l'ansa; se poi esiste sclerosi dell'intestino e del mesentere si può resecare il tutto e riunire l'intestino capo a capo e il mesentere in senso longitudinale, onde produrne un accorciamento. Così in un caso ha praticato l'A. con successo.

Se ciò non è possibile si può stabilire un'entero-enterostomia fra le due anse accollate.

Gli *strangolamenti* post-operatori richiedono interventi gravi per la profondità dell'ansa e la condotta chirurgica è come negli strangolamenti erniari.

I *diverticoli* possono essere causa d'occlusione per invaginazione, per inginocchiamento, per volvolo, ecc.

La cura ideale è la resezione del diverticolo, se questa non è possibile si può praticare la resezione del tratto intestinale o la fistolizzazione o la esteriorizzazione. In questi ultimi casi la prognosi diviene più grave.

Nella *peritonite tbc.* le aderenze sogliono essere tali e possono regredire così da giustificare il consiglio di qualcuno, che vorrebbe si

attendesse la fine della tempesta con mezzi medici.

Me se l'occlusione è meccanica un intervento s'impone per togliere l'ostacolo o per abboccare un'ansa alla parete.

Lo *strangolamento* di ernie interne richiede la liberazione dell'ansa badando nello sbrigliamento della porta erniaria ai vasi che vi si possono trovare. Nelle ernie dell'hiatus del Winslow per la liberazione è stato fatto talvolta lo scollamento del duodeno e del pancreas.

Nella peggiore ipotesi si può stabilire una entero-enteroanastomosi.

I *corpi estranei* sono frequente causa di occlusione e possono essere di varia natura. L'A. ha operato due occlusioni da calcoli biliari.

Il miglior trattamento è la enterotomia in senso trasversale e l'asportazione del calcolo. Raramente è possibile ricacciare il calcolo a valle.

I *restringimenti intestinali*, infine, ordinariamente sono di natura neoplastica e conviene stabilire prima una enterostomia e poi in secondo tempo, quando si può, resecare il tratto ristretto.

Anche nei casi dell'A. l'occlusione alta del digiuno di qualunque natura risulta di prognosi grave. S. GUSSIO.

Fistola duodenale esterna.

(RALPH COLP. *Annals of Surg.*, dicembre 1923).

L'A. dopo aver ricordato come il maggior numero delle fistole duodenali siano interne, descrive le fistole esterne di cui ha raccolto 61 casi compresi 7 caduti sotto la propria osservazione. Egli divide le fistole esterne in quelle che hanno origine dalla porzione peritoneale del duodeno e quelle che provengono dalla porzione etxraperitoneale. Le prime più frequenti sboccano nella parte anteriore delle pareti addominali con tragitto più o meno breve, le altre si fanno strada nella regione lombare scollando il peritoneo e giungono alla superficie con lunghi e tortuosi tragitti (una sboccò in corrispondenza della regione inguinale, un'altra in prossimità del collo).

Si tratta di una infermità che spesso viene trascurata per lungo tempo dai medici, ma che è di una gravità notevolissima; infatti ha una mortalità superiore al 50 % anche nei casi curati. Questa gravità non consiste solo nella perdita di succhi organici essenziali per il fatto che nel duodeno sboccano ghiandole di grande importanza per l'economia, ma anche nel grande potere tossico del succo pancreatico che viene assorbito dai tessuti di cui è costituita la fistola. Perciò questi ammalati dimagrano rapidamente, cadono in preda a profonda cachessia e muoiono nello spazio di pochi mesi. Inoltre non è rara la formazione di raccolte suppurative in altri organi (per es. diaframma, torace). Le cause della fistola duodenale possono essere date: *a*) da errori di tecnica per operazioni chirurgiche, perchè il duodeno sia stato direttamente leso dall'operatore o perchè la sutura della parete duodenale non sia stata sufficiente, o perchè con la legatura di vasi si abbiano avuto fatti di necrosi a carico del duodeno. Sotto questo punto di vista l'operazioni sulle vie biliari offrono il maggior contingente di casi; un certo numero viene pure dato dalle operazioni sullo stomaco e specialmente dalla Billroth II, perchè il moncone duodenale sovradisteso dai succhi digestivi che non si scaricano sufficientemente attraverso alla gastro-digiunostomia sforza la sutura che chiude il moncone duodenale onde la formazione di una fistola. Anche le operazioni sul rene destro hanno fornito dei casi di fistola duodenale per lesioni prodotte durante lo scollamento di aderenze o per pinzettamento durante la forcipressura dei vasi; *b*) un altro gruppo di casi più scarso è dato da ulceri semplici duodenali non esattamente curate o non curate affatto, e da cancri che abbiano interessato la parete duodenale; *c*) infine vi sono due osservazioni di fistole duodenali traumatiche. La diagnosi di questa infermità non è difficile quando si abbia posta attenzione alla natura del secreto della fistola, secreto che contiene fermenti pancreatici e sali biliari. Oltre ai dati anamnestici; i dati radioscopici, l'esplorazione strumentale sono di grande utilità per la diagnosi. La terapia può essere palliativa o radicale. L'A. insiste sulla necessità che sia precoce più che possibile giacchè nei casi curati tardivamente si sono sempre avuto a lamentare insuccessi. All'ammalato si daranno cibi atti a diminuire la secrezione gastrica e pancreatica, cercando di nutrirlo per via rettale, o con una sonda di Eihorn spinta al di la della fistola o con una digiunostomia. Si sono avute così un certo numero di guarigioni. L'intervento radicale consiste, oltre che nel chiudere la fistola, operazione che in sè è di scarso valore perchè con grande facilità i margini si riaprono, nel fare una gastro-digiunostomia completata da una digiuno-digiunostomia per scaricare il duodeno e nell'esclusione del piloro. Questo trattamento che è grave specialmente per le condizioni in cui spesso si trovano gli ammalati è il più razionale, ma ha dato in passato una mortalità quasi uguale a quella dei casi trattati medicalmente. È da sperarsi che per i casi futuri la prognosi venga ad essere migliorata.

GHIRON V.

MEDICINA SOCIALE.

Per gli alunni anormali psichici.

Fra gli ultimi decreti del Ministro Gentile uno va segnalato che disciplina l'obbligo scolastico e contiene anche provvedimenti in favore di soggetti colpiti da anomalie della psiche.

Trascriviamo integralmente l'articolo relativo:

« Alunni anormali. Ad una delle Facoltà Mediche del Regno sarà affidato con decreto reale il compito di promuovere gli studi relativi alla morfologia, fisiologia e psicologia delle varie costituzioni umane, in rapporto alle anamolie della crescenza infantile.

« L'incarico suddetto avrà la durata di tre anni ed è riconfermabile.

« La Facoltà di cui al comma precedente proporrà al Ministero dell'Istruzione le norme per l'assistenza ai fanciulli anormali e la organizzazione delle classi differenziali: darà parere sulla domanda di sussidio, controllerà, mediante tecnici di sua scelta, le scuole differenziali per anormali.

« Per le spese di assistenza educativa agli anormali nello stato di previsione delle spese del Ministero della pubblica istruzione si stanzierà annualmente la somma di L. 500 mila.

« I Comuni del Regno verseranno allo stesso fine ai patronati scolastici una somma annua di L. 100 per ogni alunno che presenti, a giudizio tecnico, anormalità di sviluppo suscettibili di correzione e miglioramento, mediante speciale assistenza educativa.

« Tale somma potrà essere oltrapassata in rapporto a speciali inderogabili esigenze locali dell'educazione differenziale, mediante convenzioni da stipulare fra Patronato e Comune ».

Il proposito del Governo è lodevolissimo ma per molti punti il modo d'attuazione non resta chiaro nè il problema pratico appare di facile soluzione. Non dice fra l'altro il decreto come la Facoltà Medica sarà messa in grado di promuovere studi che son molto complessi, di numerose e spesso disparate specie. Parrebbe, e vogliamo credere che non sia questo il pensiero del legislatore, dovesse il campo di ricerca limitarsi ai soli casi di spiccata anomalia del costituzionalismo, quale oggi è comunemente inteso, escludendosi le forme lievi, rilevate allo specialista solo da complicanze occasionali, nonchè le forme complicate a nevropatie in atto o progresse con esito irreparabile; ma pur ridotto il numero delle specie di cui studiar la patogenesi, i segni rivelatori, i sintomi stabili, i disturbi intercorrenti e i loro fattori, ecc., sarebbe molto difficile far opera proficua in un unico istituto e ancora più conciliar nel medesimo l'opera medica e l'educativa.

Questa non richiederà solo insegnanti esperti ma particolare ambiente, specie se le anomalie saranno a prevalenza d'indole morale; talvolta nuocerà già solo il contatto prolungato tra soggetti della cui insufficienza vari fattori pur saranno identici o affini.

Verranno fondati più istituti rispondenti alle diverse esigenze mediche e pedagogiche? Fornirà il Governo tutti i mezzi all'uopo necessarii? Vogliamo sperarlo.

C'è una parte ad ogni modo del complesso problema che, almeno dal punto di vista economico, vien risolto completamente e a parer nostro felicemente: quello riguardante la sistemazione di alunni colpiti da lievi disturbi psichici nelle così dette classi differenziali. L'istituzione di queste classi in ogni comune s'impone: troppi sono i fanciulli incapaci d'apprendere nella scuola primaria con i metodi comuni i quali pur nella vita familiare non si dimostrano insufficienti e sono con l'età suscettibili di miglioramento fino a mettersi alla pari con i normali.

Lasciar questi soggetti senza coltura ed educazione, che pur potrebbe essere proficuamente impartita con speciale metodo, è grave ingiustizia ridondante per buona parte a danno della società, la quale troverà più tardi in essi una passività e molto spesso un pericolo. Il decreto stabilisce un modo molto semplice e facile di provvedere i fondi all'uopo necessari e incarica la Facoltà Medica di dare le norme dell'organizzazione; l'incarico non sarà certo imbarazzante se si vorrà tener conto di ciò che si pratica in alcune istituzioni private.

G. M.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Prof. L. DOMINICI. *Piccola Chirurgia e Chirurgia d'urgenza.* Casa Editrice L. Pozzi, Roma 1924. Prezzo L. 56.

In questo volume, di circa 450 pagine, sono esposte le regole più pratiche che l'esperienza clinica addita al curante delle lesioni che interessano la piccola e media chirurgia e quelle che riguardano il vasto campo dell'urgenza.

Una prefazione del prof. Alessandri, clinico chirurgico di Roma, illustra l'importanza di questi due capitoli della chirurgia, che sono spesso trascurati nell'insegnamento clinico, e dichiara preziosa la missione di questo manuale, in cui con esposizione chiara e precisa è riassunto tutto quello, che è indispensabile per la preparazione e la condotta di qualunque intervento di fronte alle lesioni traumatiche, delle infezioni chirurgiche, con una ben compendiata tecnica di alcune piccole operazioni e dei soccorsi d'urgenza.

Il lavoro del prof. Dominici assume importanza per la chiarezza dell'esposizione, aiutata molto da 225 figure intercalate nel testo, che rendono più efficace la guida al sanitario, che ha bisogno di tenere presente alla mente molti dati di tecnica operativa pel trattamento di queste lesioni che comunemente capitano sotto la sua quotidiana osservazione.

Ma altro lato e dote precipua del manuale è la sintesi delle materie illustrate, poichè il Dominici con una più concisa dizione mette a giorno tutti gli argomenti più pratici senza che il lettore abbia a risentire alcuna stanchezza da questa esposizione delle 4 parti che formano l'essenza integrale del lavoro.

Nella prima parte l'A. espone le condizioni indispensabili d'ambiente, strumentario e mezzi ausiliari per un'operazione chirurgica trattando dei requisiti delle camere operatorie stabili ed improvvisate, degli strumenti e materiali di medicatura, della loro sterilizzazione, di quella dell'operatore ed aiutanti, preparazione del malato, dell'anestesia nelle sue varie modalità, e delle cure post-operatorie.

La seconda parte tratta della cura delle lesioni traumatiche, cominciando dalle alterazioni contusive e dalla rottura di tessuti ed organi, delle varie specie di ferite, delle ustioni, congelazioni, e dei postumi di queste alterazioni violente: passa quindi ad esporre i criteri della cura generale delle fratture sottocutanee in modo incruento e poscia cruento. Seguita a parlare delle fratture esposte, in modo sommario.

Tratta quindi delle distorsioni e delle lussazioni, terminando con la cura delle complicazioni asettiche delle lesioni violente e dell'estrazione dei corpi estranei.

La terza parte è assegnata alla cura delle infezioni chirurgiche, compresa la tubercolosi ed il tetano.

Assume sommo valore la quarta parte dove in 34 capitoli è tracciata con competenza, con equilibrio, e con chiara esposizione la tecnica di alcune piccole operazioni e dei soccorsi di urgenza: cioè di tutte quelle manualità che più interessano il pratico e l'esercente in centri lontani dagli istituti clinici ed ospedalieri. È qui massimamente che sono valorizzati e ben illustrati i capisaldi della moderna chirurgia e sono popolarizzati i metodi della scuola clinica di Roma.

Questo manuale è destinato ad ottenere il favore completo della classe medica italiana e di tutti coloro che in campagna e lungi dai grandi nosocomi debbono a domicilio portare l'opera loro di pronto soccorso e di urgenza nelle famiglie dei malati: ed anzi si può affermare che ogni medico pratico deve sentire il bisogno di leggere e consultare questo manuale che non è altro che l'estratto della quotidiana esperienza chirurgica.

Il volume, in veste editoriale elegantissima, composto con caratteri nitidi e chiari, ha il grande pregio di contenere figure bene intercalate e riprodotte con *clichés* molto lucidi che collaborano alla immediata interpetrazione dei processi operativi descritti.

Il manuale del prof. Dominici, che è anche artisticamente rilegato in tela, rappresenta uno dei tanti gioielli editoriali che l'appassionato e costante cav. Luigi Pozzi ha saputo emettere in questi ultimi anni a vantaggio della scienza medico-chirurgica italiana: e che mercè la sua intemerata opera tipografico-editoriale ha raggiunto nel buon nome della nostra Nazione un beneficio culturale, che noi studiosi dobbiamo apprezzare ed incoraggiare per quella missione scientifica che è sacro patrimonio degli intellettuali ed è dovere per coloro che intendono dedicare la loro attività e le loro sane energie a pro' dell'umanità sofferente.

Non ci stancheremo quindi di raccomandare vivamente a tutti i medici italiani quest'ottimo lavoro che esce da una delle scuole più rinomate d'Italia. ORESTE CIGNOZZI.

L. CASPER. *Handbuch der Cystoscopie.* 5ª edizione, Georg Thieme, Leipzig, 1923.

L'interesse sempre crescente che ovunque la professione medica dimostra per l'esame cistoscopico, spiega come a così breve distanza di

tempo dalla 4ª si sia resa necessaria una 5ª edizione di questo classico manuale del professor Casper. Infatti il chirurgo generale e l'internista hanno appreso ad apprezzare l'importanza e l'utilità di questo metodo di esame così semplice e così ricco di risorse. Non solo nei riguardi della diagnostica, ma anche come mezzo terapeutico il cistoscopio trova larghissima applicazione.

L'esame radiologico delle malattie delle vie urinarie è quello che in questi ultimi anni ha fatto i più importanti progressi. E fra i diversi metodi di esame, specialmente la pielografia. Le sue indicazioni e controindicazioni, le interpretazioni dei quadri pielografici, le conclusioni che essa permette, formano la parte più interessante fra quelle aggiunte a questa edizione. Oltre alle 170 figure in nero, adornano il volume 12 tavole a colori ad alcune delle quali sono state aggiunte nuove figure di ulcerazioni tubercolari, doppio sbocco ureterale, fistole, ecc.

Vi sono racchiuse in piccolo volume la tecnica e l'interpretazione dell'esame cistoscopico e del cateterismo ureterale. L'A. ha scritto questo manuale coi dati della sua esperienza personale. Questo è forse il migliore elogio del libro e la causa della incompletezza di qualche dettaglio.

M. ASCOLI.

H. WOSSIDLO. *Die Gonorrhoe des Mannes und seine Komplicationen*. Edizione riveduta, curata e edita da Erich Wossidlo. Pag. XV-336, con 66 figure e 14 tavole a colori. Thieme, Lipsia, 1923. Lire it. 39.

Erich Wossidlo ha curato con pietà filiale una nuova edizione del lavoro paterno, cercando però di conservare l'antica fisionomia del libro già tanto noto e così diffuso. Naturalmente egli non ha potuto esimersi dal corredare il manuale di tutti quei capitoli che nella vecchia edizione non avevano potuto trovar posto perchè ancora incerti e frammentari. Così il libro mantiene ogni suo caratteristico pregio e le figure e le tavole — non poche — agevolano di molto la comprensione di malattie così frequenti e di quadri morbosi oltremodo interessanti.

Lo stile piano, la praticità dei consigli suggeriti dalla vasta esperienza personale, la chiarezza delle immagini non disgiunta dalla mitezza del prezzo sono tutti pregi che invitano all'acquisto dell'opera.

ERMANNO MINGAZZINI.

G. VERROTTI. *La sifilide e le malattie veneree*, vol. II. (*Sifilide ereditaria e malattie veneree*). Napoli, Idelson, 1924, pagg. XVII-404. Lire 26.

A poco più di un anno di distanza dalla pubblicazione del 1° volume di questo trattato viene ora alla luce la seconda parte, che comprende la sifilide ereditaria e le malattie veneree.

Potremmo limitarci a ripetere quanto ci occorse di dire in queste stesse colonne nel presentare ai lettori del «Policlinico» il 1° volume e segnalare anche qui la completa padronanza che l'A. possiede della vasta materia e l'ordine, la chiarezza e la precisione con cui sono svolti i varii argomenti: cose tutte che rendono questo compendio di sifilografia e venereologia utilissimo non ai soli studenti ed ai medici pratici in genere, ma agli stessi cultori della specialità, i quali vi troveranno la profonda esperienza del clinico associata alla lucidezza dell'esposizione che è propria di chi ha idee ben chiare nella materia di cui si occupa e lunga consuetudine di insegnamento. Alcuni capitoli peraltro meritano di essere specialmente ricordati, come quelli sulla sifilide ereditaria in genere e quello sulla sifilide ereditaria di II e III generazione, nei quali l'A. riassume con la consueta chiarezza i risultati di osservazioni proprie, pubblicate altrove per extenso, di grande importanza clinica e teoretica.

Anche questo secondo volume contiene qualche buona tavola a colori e discrete figure in nero intercalate nel testo, oltre un copioso indice alfabetico. Veste tipografica decorosa ed edizione abbastanza corretta.

I due volumi del Verrotti, densi di notizie e di nomi, e ciò malgrado spigliati nella forma e di lettura agevole, costituiscono il primo trattato recente e completo di venereologia e sifilografia, degno di tal nome, che si sia pubblicato in Italia, e saranno certamente accompagnati dalla fortuna che meritano le opere scritte con *intelletto di amore*.

V. MONTESANO.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta del 25 maggio 1924.

Presidenza: prof. GAETANO JAPPELLI.

Sulle meningiti otitiche.

Prof. GIUSEPPE GRADENIGO. — Riferisce sulla prognosi e sul trattamento della leptomeningite purulenta generalizzata di origine otitica specialmente in base a casi da lui di recente osservati. Stabilisce due principali gruppi di tale gravissima complicazione delle otiti purulente a seconda delle vie di diffusione della infezione dalle cavità tubo-timpaniche e mastoidee alle meningi. Nel primo gruppo la infezione si estende al cavo cranico dalla superficie superiore o posteriore della rocca petrosa; nel secondo gruppo si diffonde attraverso gli spazi labirintici. In questo secondo gruppo la prognosi è sempre molto più grave. I migliori risultati curativi si ottengono associando il trattamento chirurgico, diretto ad eliminare nel modo più precoce e completo il focolaio infettante dell'osso temporale, col trattamento generale che si propone di aumentare i poteri di resistenza dell'organismo contro la infezione: le ripetute punture lombari associate o no ad iniezioni intrarachidee di electroargol, l'uso di autovaccini ottenuti coi germi del punctatum, l'uso di stomosine Centanni, ecc. Insiste sulla necessità di una diagnosi e di interventi precoci.

Riferisce la storia di due importanti casi clinici e presenta un paziente guarito da una gravissima leptomeningite generalizzata consecutiva a colesteatoma dell'orecchio medio.

Saggio di uno studio anatomo-radiografico sulle arterie coronarie nell'uomo e nei mammiferi.

Prof. DOMENICO PACE. — Riferisce i risultati di ricerche anatomiche sulle coronarie da lui praticate su cuori di cavallo, pecora, capra e uomo. Come materiale d'iniezione opaco ai raggi X l'O. ha adoperato minio e gelatina, minio, olio e solfuro di carbonio, carbonato di piombo e olio, oppure solfato di bario, olio e inchiostro di China.

Intervento conservativo in un caso di sarcoma dell'estremo superiore dell'omero. Estesa resezione ed autotrapianto libero del perone.

Prof. LUIGI DE GAETANO. — L'O. riferisce sopra un autotrapianto libero del perone per sostituire la metà di un omero resecato per un sarcoma parvicellulare a rapido decorso, eseguito su una bambina di sette anni.

Artroplastica in un caso di serramento della mandibola per antica anchilosi ossea.

Prof. LUIGI DE GAETANO. — Si tratta di un ragazzo di 8 anni che non poteva più aprire la bocca perchè, in seguito ad un processo suppurativo di ambo le articolazioni temporo-mascellari, si era stabilita una anchilosi.

La radiografia mostrò che in corrispondenza del lato sinistro al posto dell'articolazione vi era un blocco osseo abbastanza denso e voluminoso.

Meno alterato era il lato destro, onde si decise di intervenire a sinistra salvo poi passare a destra se ce ne fosse stato bisogno.

Presenta il ragazzo operato di artroplastica che ora apre largamente la bocca e mastica bene il cibo. Dalla radiografia fatta dopo due mesi dalla operazione, si rileva che il posto ove prima vi era il blocco di sostanza ossea, ora è completamente sgombro e trasparente ai raggi Röntgen.

A. CHISTONI.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche.

Presidenza: Prof. PASINI, presidente

La polipnea parossistica.

GALLI G. — L'O. descrive una modificazione respiratoria, consistente nella improvvisa insorgenza di un ritmo polipneico nella respirazione abituale. Questa polipnea ha durata varia e cessa del pari instantaneamente, per dar luogo al ritorno del respiro abituale. Gli atti respiratori che compongono questa polipnea a salve hanno una durata e una ampiezza di circa la metà delle respirazioni abituali. Questa polipnea s'incontra in soggetti che presentano già cronotropismo cardiaco positivo ed è da attribuirsi per diverse ragioni a fatti vasomotori cerebrali, insorgenti improvvisamente per motivo psichico.

Nuova tecnica per la colorazione degli strisci di sangue, con effetto Romanowsky-Giemsa.

BIFFI U. — L'O. rende noto il seguito delle ricerche che furono oggetto di una sua prima comunicazione alla Società Medica Chirurgica di Bologna nel novembre 1919. Egli è ora riuscito a ottenere in modo costante colorazioni uguali in ogni particolare a quelle Romanowsky-Giemsa e May-Grünwald-Giemsa evitando completamente la mescolanza dell'eosina coll'azur e gli eosinati di azur: usando quindi soluzioni di facile preparazione e conservazione e tali che non possono dar luogo a precipitati. A differenza dei comuni metodi di colorazione Romanowsky-Giemsa la nuova tecnica (breve azione successiva delle seguenti tre soluzioni: 1° May-Grünwald, oppure soluzione diluita di eosina in alcool metilico; 2° soluzione acquosa diluita di bleu-azur; 3° soluzione acquosa diluitissima di eosina) non è influenzata dal numero degli elementi istologici esistenti nel preparato e dimostra in modo costante particolari che solo con difficoltà, e non sempre, i metodi usuali pongono in evidenza. Altri vantaggi di ordine pratico consistono nella celerità del metodo che non richiede più di cinque minuti, fissazione compresa, e nell'uso di prodotti relativamente poco costosi.

Sul comportamento del tessuto reticolare nei processi di riparazione di lesioni sperimentali.

USUELLI F. — Studiando il comportamento del tessuto reticolare in ferite da taglio e da punta dei muscoli scheletrici, del fegato, del miocardio e della milza, l'O. trova che solo nel fegato il tessuto reti-

colare partecipa alla formazione della cicatrice, trasformandosi in collageno. Avendo constatato in tutti i casi la possibilità della trasformazione diretta delle fibre reticolari in fascetti collageni, e la presenza costante di fibre reticolari conservate o neoformate in rapporto con particolari elementi (cellule epatiche, fibre muscolari striate, elementi della polpa splenica, elementi migranti di focolai suppurativi) deduce che le fibre reticolari debbono essere semplicemente una modificazione della sostanza collagena e probabilmente rappresentano ciascuna un fascetto di fibrille collagene, mascherate e conglutinate da una sostanza speciale.

Sulla recettività della cute alle infezioni.

AIELLO G. — Per dirimere la questione tuttora controversa della presenza e dell'efficacia dei poteri difensivi della cute, l'O. ha studiato comparativamente il comportamento del complemento e del potere battericida nel siero di sangue e nella sierosità ricavata dalla applicazione di un vescicante. Nella sierosità così ottenuta il valore complementare è notevolmente più basso (la frazione globulinica e la frazione albuminoidea del complemento sono riscontrabili nella sierosità da vescicante nelle stesse proporzioni che nel siero di sangue; i costituenti chimici del vescicante non modificano di per se stessi il valore complementare). Il potere battericida (per il *b. anthracis*) della sierosità da vescicante è minore di quello del siero di sangue dello stesso soggetto. L'O. in base al riscontrato minore V. C. e potere battericida della sierosità da vescicante (liquido proveniente dagli interstizi dei tessuti, ma in parte di natura flogistica) conclude che nella cute i germi trovano un terreno di attecchimento più favorevole che non nel sangue.

A. CERESOLI.

R. Accademia di Medicina di Torino.

Seduta dell'11 aprile 1924.

Presidente: Prof. C. NEGRO.

Studi sperimentali sulle radiazioni secondarie.

PONZIO ha sperimentato quali sieno gli effetti biologici delle varie radiazioni in rapporto alle variazioni di lunghezza dell'onda. Le esperienze praticate su culture batteriche confermano una spiccata radiosensibilità dei batteri alle radiazioni secondarie ed in particolar modo alle radiazioni caratteristiche dei metalli a peso atomico superiore ad 80. Gli effetti distruttivi su culture di prodigioso, di coli, di b. del tifo, ecc., si manifestano nulli o scarsi per le radiazioni del Fe, Ca, Br, Md, netti invece quelli delle radiazioni secondarie di Ag, Sn, Bi, Ph. Irradiando uova di rana contemporaneamente con l'irradiazione primaria e con quella emanata da un radiatore secondario di Ag, Sb, Pb, l'evoluzione dell'embrione apparve variamente compromessa con un massimo effetto distruttivo sulle uova sottoposte a radiazione secondaria di metallo a maggior peso atomico.

Solamente una più esatta conoscenza delle proprietà fisico-chimiche delle varie radiazioni poste all'estremo della scala spettrale e dell'intima natura dei fenomeni endocellulari potrà razionalmente indirizzare la terapia radio-roentgen verso un trattamento adeguato ed efficace delle molteplici affezioni patologiche.

CAMERA. — *Sopra una particolare deformità dell'estremità superiore del femore in lussazione congenita dell'anca, causa di irriducibilità, e suo trattamento operatorio.* — L'O. presenta il suo caso, intrattenendosi specialmente sui particolari della operazione.

DIENA. — *Su di un nuovo dispositivo per la visione microscopica in campo oscuro.*

MARCHISIO. — *Le acque solforose e l'insulina nella cura del diabete.*

Sul meccanismo d'azione dell'insulina.

VIALE, in seguito a numerose esperienze, conclude: L'insulina in vitro non modifica nè il potere riduttore, nè quello di rotazione, nè la conduttività elettrica, nè la concentrazione molecolare, nè la concentrazione idrogenionica, nè l'indice di rifrazione e di rotazione del glucosio.

Non è confermata la trasformazione del glucosio α e β in glucosio γ sotto l'azione dell'insulina da altri ammessa.

L'insulina non agisce sulla scissione glicolitica dei saccaromiceti. La glicolisi del sangue normale viene accelerata pochissimo dall'insulina, nè l'insulina agisce sopra la glicolisi del sangue diabetico.

La glicolisi del sangue estratto da un animale ipoglicemico in seguito ad iniezioni di insulina decorre come nel sangue di un animale normale.

Seduta del 2 maggio 1924.

Presidente: Prof. G. VICARELLI.

Sui riflessi dei topi siamesi con nervi artificialmente uniti.

MORPURGO, continuando le sue esperienze su topi uniti in parabiosi, occupandosi ora dei fenomeni di rigenerazione nei nervi tagliati e riuniti scambiando i monconi fra i due animali, viene alla conclusione che dopo la rigenerazione di un nervo misto gli archi diastaltici per i diversi riflessi vanno via via ricostituendosi secondo un ordine che nel caso studiato va dalla porzione caudale del midollo sin verso la porzione cefalica e che da ultimo si ristabiliscono le connessioni anche sulla zona sensoriale. Oltre a ciò l'O. dimostra che al taglio di un nervo misto segue una interruzione delle connessioni nervose nei centri, la quale lentamente viene a poco a poco riparata.

Ulteriori ricerche sulla durezza cartilaginea del sifiloma iniziale.

BIZZOZERO, ritornando su questo argomento, conclude che la particolare consistenza del sifiloma iniziale, in genere, è dovuta alla compattezza dell'infiltrato, alla assenza di colliquazione, alla fittezza, estensione ed integrità del reticolo e che la particolare durezza cartilaginea dei sifilomi della regione del solco dipende dalla struttura compatta del derma che oppone una forte resistenza al tessuto di granulazione interposto ed all'essudato.

PIETRO SISTO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La tubercolosi renale.

La sintomatologia è così netta che qualsiasi medico deve far diagnosi di tubercolosi renale con i segni clinici: in secondo tempo la cistoscopia ne dà la conferma, ed il cateterismo degli ureteri ne stabilisce la localizzazione.

Quali sono i segni clinici? — Anzitutto c'è *piuria*: le orine sono torbide, scolorate, come se vi si fossero versate delle gocce di latte. C'è inoltre *cistite spontanea* e *dolorosa*, con tendenza ad aggravarsi progressivamente.

Anche se l'individuo è grasso e non c'è forte deperimento dello stato generale, in presenza di piuria con orine lattiginose, con pollachiuria diurna e notturna, con dolore alla fine della minzione, si deve pensare ad una tbc. renale: si troverà nel 90 per cento dei casi. E si troverà anche se la storia della cistite, con o senza ematuria, con o senza remissioni è storia di malattia cronica che dura da 10, 20 anni.

La diagnosi è facilitata dalla constatazione di altre lesioni tubercolari in atto o pregresse — dalla ricerca del bacillo di Koch nelle orine e dalla inoculazione delle cavie: però la mancanza di bacilli non deve scartare la diagnosi ed il medico deve senza indugio proporre cistoscopia e cateterismo degli ureteri. — Basta constatare in vescica delle ulcerazioni tubercolari per concludere che al disopra vi è un rene malato, specialmente se le ulcerazioni sono da vicinanza dello sbocco ureterale: anzi questo segno è un primo orientamento sulla sede.

Con il cateterismo ureterale si deve sopratutto constatare una ben netta differenza funzionale dei due reni, titolando l'urea nelle due quantità di orine raccolte: il rene malato di tbc. è quello che ne elimina molto di meno, anche se manca il bacillo di Koch, anche se il bacillo si trovi solo nell'orina che viene dall'altro uretere, ed anche se, pur non trovandosi nei campioni ottenuti con il cateterismo di ambedue i reni, pur tuttavia si trova nell'orina vescicale.

In qualsiasi di questi casi si asporti senz'altro quel rene che presenta una netta minorazione funzionale rispetto all'altro.

(Legueu. *Journal des Praticiens*, n. 8, 1924).

PERSIA.

Il trattamento di un'albuminuria impreveduta.

Accade non di rado che, in seguito ad un esame di urina fatto casualmente si venga a scoprire un'albuminuria, che non aveva dato origine ad alcun sintoma. N. Fiessinger (*Journal des praticiens*, 16 febbr. 1924) dà le linee per il trattamento di tali forme. Anzitutto, per quanto riguarda il regime, l'A. distingue dalle albuminurie in cui si devono usare delle restrizioni, le *forme in cui l'alimentazione può essere normale*. Appartengono a queste le albuminurie ortostatiche, in cui le condizioni dello stato generale, specialmente la clorosi, prendono il sopravvento; in confronto di una piccola lesione renale, si ha una grande ipotensione arteriosa. Se si mettono questi malati ad un regime latteo e declorurato, si vede sparire l'appetito, peggiorare lo stato generale e magari svilupparsi dei segni di tubercolosi polmonare. Invece in questi individui occorre una dieta normale. Analogamente si procederà in questi casi in cui si hanno delle albuminurie considerevoli, 2-3/1000, senza ritenzione nè di cloruri, nè di azoto. Si tratta di veri urinatori di albumina che fanno l'effetto di avere il filtro renale bucato. Soltanto si cercherà di evitare per questi individui, un regime ricco di purine, che irriterebbe inutilmente il rene.

Le albuminurie da mettersi a regime sono invece quelle in cui si ha ritenzione. Il regime declorurato (carneo, vegetariano, latteo) va riservato ai soli cloruremici, malati che tendono alle infiltrazioni edematose. Per gli altri albuminurici sarebbe dannoso; potrà solo utilizzarsi temporaneamente come regime anoressico, negli individui bulimici e golosi.

Negli azotemici (con oltre gr. 0,5-1 di urea nel sangue) si daranno poche o punte proteine. Il latte può tollerarsi in ragione del grande contenuto di acqua. Se l'urea è di 2-3 grammi per litro, si imporrà una dieta idrica e zuccherata con legumi erbacei, burro e frutta zuccherine. Se l'urea è di 1 grammo o meno si darà un regime ipoazotato; patate, carote, fagiolini, burro, un litro di latte, mele e frutta zuccherine, nonchè 50-100 grammi di carne che si sopprime in certi giorni; un giorno la settimana si può fare dieta stretta con soli due litri di latte. Occorre però non stancare il malato e variare spesso il regime, concedendo talvolta delle infrazioni, magari corrette da brevi diete. Negli ipertési senza notevole ritenzione, è sopratutto necessario evitare le grandi quantità di liquidi e le alimentazioni ricche di proteine e di sali, alternando i periodi con poco liquido e poca carne con altri

meno severi, corretti da un giorno alla settimana di dieta idrocarbonata.

Non esistono medicamenti contro l'albuminuria. Il cloruro di calcio dà talvolta eccellenti risultati nelle nefrite cloruremiche, ma è difficile farlo sopportare a lungo. Si dà in quantità di 6-11 grammi nelle 24 ore, continuando per 4 giorni e sospendendo per 10.

I sali di potassio sono da tempo consigliati come diuretici; nelle nefriti azotemiche è sempre utile la teobromina, eventualmente associata con la scilla. Nelle albuminurie ortostatiche delle giovanette fa bene una cura di ferruginosi. Talvolta se l'albuminuria esiste da sola senza alcun sintoma associato, si potranno avere vantaggi con un trattamento digestivo (acque alcaline solfatate, oppure polveri bismuto-magnesiache con o senza dosi minime di belladonna).

Per quanto riguarda il regime generale di vita, occorrerà giudicare caso per caso, evitando una eccessiva severità e tenendo presente che l'albuminurico diventa facilmente un ansioso. Certe albuminurie scoperte per caso non sono del resto incompatibili con una vita normale, un regime normale, un'attività normale, ma si devono sorvegliare sia dal punto di vista clinico che chimico, in modo da scoprire a tempo una possibile ritenzione.

fil.

La cura delle infezioni colibacillari reno-vescicali.

J. François (*Le Scalpel*, 19 gennaio 1924) fa rilevare che le colibacillurie possono essere sostenute da due principali ordini di cause, la stasi urinaria e la stasi cecale. Occorre, per diagnosticare la prima, ricercare gli eventuali calcoli reno-uretero-vescicali, l'idronefrosi, la ipertrofia della prostata, il diverticolo vescicale, gli stringimenti uretrali. La stasi cecale si ricerca con l'esame radiologico della traversata digestiva di un pasto opaco; l'A. ha osservato, in parecchi casi di colibacilluria con cistite, dei ritardi di evacuazione del cieco che raggiungono 70-75 ore.

Tenuti presenti tali concetti, l'A. consiglia le seguenti direttive terapeutiche:

1) *Nelle forme acute.* — Combattere la febbre ed i fenomeni generali con i bagni tiepidi o freddi, l'infezione con l'urotropina e derivati, la costipazione con i purganti leggeri. In casi di ritenzione di urina purulenta nella vescica o nel rene, potrà essere indicato un catetere a permanenza nella vescica o nel bacinetto. Nei casi rarissimi di infezione profonda a carattere setticemico, si potrà procedere ad una nefro- o nefrectomia solo quando la lesione sia unilaterale. Analoga linea di condotta si seguirà nelle forme subacute.

2) *Nelle forme croniche.* — Quando non vi sia stasi urinaria occorrerà trattare le vie urinarie e quelle digerenti. Per queste si combatterà la costipazione con un regime adatto (spesso è utile la soppressione del latte e delle uova) con l'uso prolungato di olio di ricino (5 grammi al mattino), di olio di paraffina, di massaggio addominale, di piccoli clisteri evacuatori. Sarà necessario controllare ai raggi X il risultato di tale trattamento. Se non si ottiene alcun risultato con tale terapia sufficientemente prolungata, il carattere serio e ripetuto degli accidenti reno-vescicali può condurre a discutere la necessità di un intervento operatorio (enteroanastomosi o colopessia), che in alcuni casi dell'A. ha dato ottimi risultati. Il trattamento urinario consisterà in tisane diuretiche, in antisettici urinarii a cui si potranno aggiungere la vaccinoterapia e le lavature della vescica e del bacinetto.

Quando vi sia una causa che mantiene la stasi urinaria, occorrerà anzitutto fare sparire tale causa, senza di che tutte le cure saranno inutili. Anche in tal caso però non si dovrà trascurare il trattamento delle vie digerenti nel modo anzidetto, poichè occorre tener presente che è appunto in esse che si coltivano la maggior parte dei microbi che vengono poi ad infettare reni, ureteri e vescica.

fil.

Le indicazioni e i rischi della prostatectomia.

La prostatectomia soprapubica, introdotta in chirurgia nel 1903, ha fatto cadere in disuso il cateterismo, che un tempo rappresentava l'unico trattamento pei prostatici con ritenzione urinaria. I perfezionamenti della tecnica hanno abbassato la mortalità dei prostatectomizzati a circa il 6 %.

Una questione delicata per il medico pratico è quella di stabilire quando è giunto il momento in cui il prostatico deve essere affidato al chirurgo. Secondo K. M. Walker (*The Practitioner*, n. 671, may 1924), un buon criterio può a tal proposito esser costituito, più che dal volume raggiunto dalla prostata, dallo studio del residuo urinario che resta in vescica dopo la minzione, calcolando come limite, al di là del quale deve esser fatta l'operazione, la quantità di 2 once (gr. 60).

Altro argomento a favore dell'intervento può esser rappresentato dalla pollachiuria, diurna e notturna, che rende disagevole la vita al paziente.

Tra le cause di morte che possono seguire alla prostatectomia si trovano in primo luogo,

in ordine d'importanza decrescente, l'uremia, l'emorragia, lo shock, la sepsi. Meno frequenti le complicanze cardio-vascolari, quelle polmonari, la pielite e la pielo-nefrite, l'astenia, gli embolismi.

Onde prevenire tali complicazioni, oltre allo studio preliminare accurato della funzionalità renale e dello stato generale del paziente, converrà spesso attenersi al metodo operativo in due tempi, facendo precedere per un periodo più o meno lungo la cistotomia e il drenaggio soprapubico all'enucleazione della prostata, dando così la possibilità al rene di riacquistare la sua integrità, dopo il danno causatogli dalla pressione retrograda fino allora subita.

M. FABERI.

EPIDEMIOLOGIA.

L'aumento del diabete negli Stati Uniti d'America.

In seno all'Associazione Medica Americana si è svolto un ampio dibattito sul diabete.

Erneson e Larimore rilevano che nel 1886 le morti da diabete furono 2.8 ‰; nel 1893 erano giunte a 16.1 ‰, il che costituisce un incremento del 500 %; nel 1923 toccarono 24 ‰, il che porta l'aumento alla formidabile proporzione del 900 %.

Queste cifre pongono il diabete tra le malattie di maggiore attualità e di crescente interesse.

Risulta che la frequenza del diabete va crescendo anche tra le donne.

Joslin documentò la grande frequenza della malattia tra gli ebrei, nei quali essa è correlativa ad altre malattie da rallentato ricambio, quali l'obesità: l'84 % degli ebrei durante l'ultimo periodo della vita divengono obesi. A New York i tre decimi della popolazione sono formati da ebrei, il che spiega l'impressionante frequenza del diabete.

Nella discussione gli oratori furono concordi nell'attribuire questo forte incremento del diabete alla vita lussuosa, all'alimentazione troppo copiosa e ricca di zuccherini, alla scarsità di esercizio fisico; qualche oratore invocò anche la vita intensa.

La glicofilia della popolazione nord-americana è attestata dalle statistiche: il consumo medio di zucchero risulta di 35 libbre l'anno; nel New Hampshire raggiunge 103 libbre.

Il dott. Kilgore dette una dimostrazione brillante degli stretti rapporti che intercedono fra diabete e vita comoda: alcune carte topografiche, sulle quali erano state segnate la frequenza del diabete e la frequenza delle famiglie proprietarie di automobili, mostravano la coincidenza e la sovrapposizione dei due dati.

Una prova indiretta dello stesso assunto è data da quanto s'è verificato in Germania, dove col progredire delle restrizioni alimentari durante la guerra andò riducendosi notevolmente il numero dei casi di diabete, mentre molti casi guariscono, come ebbe a rilevare per primo von Noorden.

R. B.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Sbocchi per medici nelle Colonie. — All'abb. n. 9709-1:

Per le informazioni che desidera può rivolgersi al Commissariato dell'Emigrazione con sede in Roma, via Boncompagni. *a. a.*

Medici di bordo. — Al dott. L. S. da R.:

Per imbarcare come medico di bordo è prescritta *in ogni caso* l'autorizzazione Ministeriale in seguito ad esame. M. C.

Medici condotti ferroviari. — Dott. G. Z., abbonato n. 5989-1:

Il concorso per le condotte ferroviarie non è stato bandito, nè si sa quando e se sarà bandito. *a. a.*

VARIA.

La sensibilità meteorica.

L'influenza che l'ambiente esterno esercita sull'individuo costituisce uno dei fenomeni generali più noti. Così gli esseri planctonici subiscono indubbiamente l'azione del mezzo in cui vivono, ed i loro spostamenti, le migrazioni, la morfologia stessa vengono grandemente influenzati dal vario grado di concentrazione dei sali, dalla carica elettrica, dalla luminosità, ecc. Non altrimenti l'uomo risente le variazioni del mezzo in cui è immerso e le vicissitudini atmosferiche agiscono su di lui, turbando, favorendo o comunque modificandone le funzioni. Le stesse modificazioni atmosferiche regolari e cicliche danno luogo a disturbi, a crisi stagionali, analoghe a quelle determinate dal cambiamento di clima. Anche nelle variazioni nictemerali, l'alternanza della luce e dell'oscurità provoca variazioni nella cenestesi diverse secondo gli individui, che possono in parte attribuirsi a fototattismi. Nota ed evidente è l'azione della temperatura, come di tutti gli altri fattori che costituiscono il clima; in questo però l'azione si esplica in modo costante, variando da luogo a luogo, mentre la sensibilità meteorica è in dipendenza delle oscillazioni più o meno brusche che si hanno nelle condizioni atmosferiche, nello stesso luogo.

L'umidità atmosferica, quando è elevata, agisce specialmente esagerando gli effetti della temperatura, rendendo cioè più penoso il caldo e meno sopportabile il freddo. Essa avrebbe inoltre notevole importanza per lo sviluppo di malattie infettive, di cui faciliterebbe la diffusione, in quanto che i germi difficilmente rimangono vivi nelle polveri secche, mentre restano pienamente virulenti quando sono sospesi nelle goccioline di dimensioni infinitesimali che rappresentano lo stato vescicolare in cui si trova il vapor acqueo nell'atmosfera. All'umidità sono da attribuirsi i dolori che risentono gli individui ai calli ed alle cicatrici, ciò che si attribuisce alla igroscopicità di questi tessuti che danno al loro portatore la qualità di igrometro ambulante.

Indubbia è pure l'azione del vento, specialmente quando è secco, chè in tal caso determina uno speciale stato di secchezza della cute che si ripercuote su tutto l'organismo, dando un senso di irritabilità generale.

Meno nota è l'influenza della elettricità, anche perchè le variazioni di essa non sono quasi mai molto notevoli. Possono però citarsi le osservazioni fatte in una colonia di epilettici da G. Mohamed, il quale ha notato una esatta corrispondenza fra l'elettricità atmosferica e gli accessi, essendo questi più frequenti nelle stagioni con elevato potenziale, come la primavera e l'autunno. Effetti rilevanti si osservano in luoghi dove il potenziale elettrico è in certi tempi particolarmente elevato. Tale è il caso per Arequipa, importante città del Perù che trovarsi a 2.500 metri sul livello del mare alle falde del vulcano Misti, alto circa 6.000 metri. In quella città, la carica elettrica dell'atmosfera in certi giorni è tale che nel mettersi le mutande di lana o nel pettinarsi si sprigionano delle scintille. È in tali giorni che si verifica in gran parte degli abitanti uno stato caratteristico, che dal nome dato alle condizioni del tempo, prende il nome di « *nevada* ». Essa si manifesta in molti individui con una sensazione di pesantezza generale, di inattitudine al lavoro, con uno stato di irritalibità, di litigiosità; altri sono presi da idee funebri, piangono, pensano al suicidio, altri invece diventano teneri ed affettuosi. In qualcuno si ha una reazione ottimista, che si manifesta con una grande allegria, con uno sfrenato desiderio di divertimenti; pochissimi sono quelli che non risentono alcun effetto. Un fatto strano è che i nuovi arrivati ed i paesani dopo lunghe assenze, non sono attaccati dal male, se non dopo un periodo di almeno due anni. Ciò contrasta con le nostre idee sulla acclimatazione, ma corrisponde a quanto si osserva da noi per lo scirocco il quale, come il föhn dei paesi alpini, ha pure notevole influenza sull'organismo, determinando spossatezza, irritabilità, cefalea. Con il föhn, che si accompagna a secchezza dell'aria, si hanno di solito anche arrossamento e bruciore delle congiuntive; lo scirocco, che è generalmente assai umido, provoca una maggiore depressione fisica e psichica.

Poco evidente è l'azione della depressione barometrica, che non subisce mai oscillazioni molto notevoli e che provocherebbe specialmente disturbi vaso-motori. Quell'insieme di disturbi che va sotto il nome di *nevrosi barometrica* e che può tradursi in una vera neurosi d'angoscia, è da attribuirsi più che a sole oscillazioni di pressione, al complesso delle variazioni dei fattori meteorici, quali si osservano in occasione di tempeste, temporali, grandi maree, ecc. È questa la vera ciclonopatia, che si manifesta talvolta con anticipo anche di un paio di giorni sulla comparsa del fenomeno cosmico.

L'influenza dei fattori metèorici può riflettersi anche sulla produzione intellettuale, come accade per esempio fra gli scrittori a H. F. Amiel, in cui sono evidenti delle note ciclotimiche. Nel suo « *Journal intime* » di fatto, sono frequenti gli accenni allo stato meteorico e, corrispondentemente, si osservano variazioni nello stile e nell'andamento dei pensieri.

***

I disturbi di origine meteorica si esplicano a prevalenza sul sistema vago-simpatico, ed hanno manifestazioni diverse secondo le predisposizioni individuali. Esistono indubbiamente meccanismi regolatori, per cui gli effetti delle oscillazioni meteoriche sono compensati dai poteri di riserva dell'organismo. Tali poteri sono scarsi in individui a costituzione labile, con stato timico, miastenia, ipoplasia surrenale, negli instabili psichici che risultano quindi più sensibili ai fattori meteorici. La sensibilità meteorica appare dunque legata ad una deviazione dalla normalità, deviazione che però dobbiamo ritenere abbastanza frequente e che del resto troviamo spiccata anche negli animali. Sarebbe opportuno che le nostre nozioni in proposito, tuttora vaghe ed imprecise, venissero approfondite con uno studio sistematico e completo, che abbracciasse il problema da tutti i lati e gettasse qualche luce su questo campo scarsamente noto.

A. FILIPPINI.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Il termine per la revisione degli organici è prorogato al 31 dicembre 1924.

Il D. L. 8 agosto 1924, n. 1287, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 29 agosto, n. 203, dispone testualmente così: « Il termine di cui alla seconda parte dell'art. 2 del R. D. 24 settembre 1923, n. 2073, è prorogato al 31 dicembre 1924. Il presente decreto andrà in vigore dalla sua pubblicazone e sarà presentato al Parlamento per essere convertito in legge ».

È utile precisare.

L'art. 2 del decreto 24 settembre 1923 stabiliva — più esattamente prorogava — due termini agli effetti della revisione degli organici e delle dispense del personale degli enti locali: l'uno per le amministrazioni degli enti, in relazione agli articoli 1 e 2 comma primo e secondo del R. D. 27 maggio 1923 e l'altro per i Prefetti, in relazione al terzo comma dell'art. 2 dello stesso decreto, per l'esercizio del potere di sostituzione se gli enti locali avessero omesso di provvedere o avessero provveduto non adeguatamente.

Il decreto 8 agosto 1924 proroga sino al 31 dicembre soltanto *il potere dei Prefetti*, che era appunto stabilito nella seconda parte dell'articolo 2 del decreto 24 settembre 1923.

Rimane altresì ferma la scadenza del termine, già verificatasi l'11 febbraio 1924, per l'esercizio del potere da parte degli enti locali.

La questione della competenza per i rimedi giuridici non è stata, purtroppo, risoluta legislativamente. Bisogna, quindi, attenersi alle delucidazioni e alle raccomandazioni che abbiamo segnalate anche con la nota pubblicata nel numero precedente fra le « questioni pratiche ».

QUESTIONI PRATICHE.

LXIII. — Efficacia dei verbali e delle attestazioni comunali.

I verbali delle adunanze dei Consigli comunali e delle Giunte municipali fanno piena fede del loro contenuto, qualora si riferiscano a deliberazioni valide per la loro essenza e la loro forma; ma non può ammettersi tale principio quando la competente autorità (prefettizia) abbia legittimamente annullata una di cotali deliberazioni, per violazione di legge.

Non può attribuirsi il carattere di atto pubblico ad un certificato dell'autorità (nella specie, Sindaco) il quale attesti che un impiegato iniziò il servizio presso il Comune ad una data epoca In tal caso deve ammettersi la prova contraria dell'attestazione e il giudice deve vagliare le ragioni *hinc inde* addotte dalle parti.

(Consiglio di Stato, Sezione V, decisione 6 giugno 1924, n. 381).

LXIV. — Dichiarazione di inabitabilità di un locale ad uso di abitazione o di ufficio.

Per l'art. 71 del testo unico delle leggi sanitarie 1° agosto 1907, n. 636, spetta al Sindaco di dichiarare inabitabile e far chiudere una casa riconosciuta pericolosa dal punto di vista igienico e sanitario.

Quantunque l'art. 71 usi la dizione « può dichiarare inabitabile, ecc. », certo è che non trattasi di una semplice facoltà, ma di un vero e proprio obbligo, tanto vero che lo stesso articolo dispone che in caso di omissione o di rifiuto da parte del Sindaco, potrà provvedere d'ufficio il Prefetto.

(Questo criterio è ovvio; il diritto pubblico degli Stati costituzionali moderni non ammette per le amministrazioni e le autorità pubbliche semplici facoltà di fare e di non fare, ad arbitrio; il *potere* di fare importa il *dovere* di agire quando l'interesse pubblico o la legittima tutela di diritti soggettivi lo richiedano. Il dovere è poi, per sua natura, più marcato quando si tratti di provvedere in confronto di situazioni pericolose dal punto di vista igienico e sanitario. *N. red.*).

Condizione necessaria e sufficiente per la dichiarazione di inabilità è la destinazione di una casa o locale ad uso di abitazione, alla quale parola « abitazione » non devesi qui attribuire il solo significato di alloggio, ma anche quello di pubblico o privato ufficio, perchè pure in questo caso può sorgere la necessità del provvedimento di cui al citato articolo. Occorre inoltre che per la emanazione del provvedimento il pericolo sia accertato dall'ufficiale sanitario comunale o dal medico provinciale.

Nel caso deciso si trattava di un locale assunto in affitto per uso di ufficio daziario comunale; l'ufficiale sanitario aveva accertato uno stato di umidità tale da renderlo inabitabile.

(Consiglio di Stato, Sezione V, decisione 13 giugno 1924, n. 431).

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

Consiglio Superiore della P. I.

Il Consiglio Superiore, sotto la presidenza del sen. Brondi, ha esaminato tutti gli statuti delle Università e degli Istituti di istruzione superiore, redatti in applicazione del decreto 30 settembre 1923, apportandovi modificazioni ed aggiunte. Ha stabilito che, secondo la nostra legislazione, possono venire ammessi e riconosciuti gli Istituti di istruzione superiore con carattere confessionale; che debbano ritenersi facoltà o scuole dirette a fini speciali o di perfezionamento quelle che, aperte ai soli laureati, abbiano il carattere di stabilità e per fine il conseguimento di un diploma di specialità o di perfezionamento, e debbano ritenersi invece corsi di perfezionamento o diretti a fini speciali applicativi quelli da frequentarsi da non laureati e aventi per fine il conseguimento di un semplice certificato di iscrizione e frequenza.

Nel nominare le Commissioni giudicatrici di libere docenze, in numero di 140 per le varie discipline, il Consiglio ha ritenuto che il regolamento generale universitario, stabilendo come la libera docenza possa essere concessa per qualsiasi disciplina anche se non vi corrisponda un insegnamento ufficiale, intende con la parola disciplina riferirsi ad un insieme di cognizioni organicamente collegate aventi autonomia scientifica ed ha affermato altresì la sua competenza a pronunciarsi a tale riguardo sulle singole domande. Ha espresso il voto che al bilancio del Ministero della P. I. sia fatta una più larga assegnazione di fondi col fine preciso di aumentare le dotazioni delle Università ed Istituti superiori e consentirne non solo la conservazione formale, ma l'effettivo e rigoglioso sviluppo. Ha riconfermato i due voti emessi nel dicembre scorso circa il trasferimento dei professori delle Università libere alle altre e circa il computo degli anni di servizio prestati in dette Università. Il Consiglio sarà nuovamente convocato in sessione ordinaria nel prossimo ottobre.

Il problema dell'assistentato universitario.

Il *Gazzettino Universitario* pubblica un articolo del prof. Giacinto Viola sul problema dell'assistentato e sui riflessi che esso ha sulla produzione dei cultori della Scienza in Italia. Egli mette in evidenza come una delle più delicate mansioni dei professori universitari sia quella di estrarre dalla folla continuamente rinnovantesi degli studenti gli intelletti migliori, capaci, per la preparazione dei nuovi professori. Perchè questa scelta riesca proficua occorre che lo Stato aiuti rendendo i posti di assistenti molto ambiti, ossia migliorandone le condizioni materiali e morali e fornendo larghi mezzi di studio.

Attualmente invece, specie per le materie d'insegnamento non applicabili all'esercizio professionale, i professori avvertono difficoltà a coprire i posti di assistente e di aiuto.

Come ciò renda le disponibilità per coprire i posti di professore deficiente quantitativamente e qualitativamente è di facile intuizione.

La nuova legge ha fatto un passo avanti ed uno indietro. Ha innalzato la posizione morale ed economica dei professori e quindi ha reso la mèta finale più ambita. Ha aperto una sicura carriera a molti assistenti, specie della Facoltà di scienze, nell'insegnamento medio. Sono miglioramenti notevoli. Disgraziatamente il legislatore ha dovuto subire suo malgrado l'influenza del momento economico gravissimo nel quale la legge fu promulgata. L'indirizzo generale del Governo era quello di alleggerire il grave pondo della mastodontica classe impiegatizia e gli assistenti sono stati alienati da impiegati dello Stato. Questa disposizione ha profondamente demoralizzato la classe tanto benemerita degli assistenti, che è forse la più virtuosa, e, direi, eroica che lo Stato possegga.

Prima di tutto bisogna restituirli ad impiegati dello Stato. Questo sarà il punto più difficile da superare, ma bisogna battere con insistenza su questo chiodo. Non si può e non si deve considerare l'assistente come una figura diversa da quella di professore: l'assistente di oggi è il professore di domani. Il trapasso è continuo ed insensibile, come quello di un organismo che da bambino si fa adulto. Se noi vogliamo avere dei validi professori, dobbiamo curare l'età della loro crescita.

Il Senato Accademico della Università di Bologna ha coraggiosamente proposto a S. E. il Ministro della P. I. la restituzione degli aiuti e assistenti ad impiegati dello Stato e la creazione per essi di ruoli chiusi per ogni Università di tipo A. affatto analoghi a quelli dei professori e allargabili con la creazione di nuovi posti a carico degli Enti locali.

Per correggere in piccola parte ciò che in sè stesso ha di ingiusto la licenziabilità, quando che sia, del personale assistente, la Associazione Nazionale degli Assistenti ha proposto, e il S. A. di Bologna ha trovato equo, che siano obbligatori per il licenziamento, 6 mesi di preavviso e che il licenziamento debba essere provvedimento di Facoltà e che presso la Facoltà il licenziando abbia il diritto di essere ammesso a giustificarsi dagli addebiti che gli si fanno. È una garanzia minima contro l'ingiustizia degli uomini, la quale diventa tragica nelle sue conseguenze quando l'assistente o l'aiuto ha alle spalle diecine di anni di lavoro e di inenarrabili sacrifici.

Ma siccome accade anche il contrario, per cui i posti sono tenuti da un personale che non produce, non coadiuva efficacemente all'insegnamento e preclude la via a chi darebbe ben altro rendimento, così il S. A. Bolognese propone che ogni cinque anni sia riveduto dalle Facoltà il rendimento di ogni aiuto ed assistente.

D'altra parte, ammesso il controllo del rendimento scientifico e didattico che questo personale

deve dare all'Istituto cui è addetto, deve il personale stesso alla sua volta conoscere il limite approssimativo delle sue fatiche. Ed è nell'interesse generale degli studi che la legge affermi espressamente che *deve essere considerato sempre nell'orario di lavoro un tempo adeguato per lo studio e la produzione scientifica originale,* questa ultima essendo funzione non meno importante di quella della collaborazione all'insegnamento e alle ricerche scientifiche del direttore.

È un diritto che basta sia fermato in forma generale dalla legge (senza addivenire ad alcuna più precisa disposizione di orario) perchè sia salvaguardata la equità presso il personale assistente e posto un limite allo illimitato sfruttamento di esso. Ed è un diritto che apre la via ad un ulteriore possibile miglioramento economico, quando, prolungandosi le ore di lavoro didattico oltre certi limiti, si vedrà emergere all'evidenza un superlavoro, che dovrà considerarsi come lavoro straordinario e compensarsi a parte.

Finalmente in ogni bilancio universitario un sufficiente fondo di previdenza dovrebbe essere dedicato a soccorrere con sussidi straordinari gli assistenti o aiuti che ammalino, che debbano conseguire la docenza e non possano sostenerne l'onere, che debbano affrontare costose pubblicazioni scientifiche, ecc., ecc.

In fine la A. N. A. U. domanda che la carriera si inizi col titolo di *aiuto* (sostituito a quello di assistente, che si vorrebbe abbandonare) e che metta capo ad un secondo gradino corrispondente al titolo di *coadiutore* o meglio ancora di *professore aggiunto*. La figura del professore aggiunto manca nella nostra legislazione e potrebbe essere conferita a quegli aiuti che sono divenuti liberi docenti e svolgono un corso regolare di lezioni e di esercitazioni obbligatorie oppure hanno raggiunta nei concorsi universitari la dichiarazione di maturità.

L'*aiuto* (corrispondente all'assistente attuale) sarebbe assunto all'XI grado della gerarchia degli impiegati dello Stato e dopo tre anni di riconferma passerebbe *de jure* al X grado. Il passaggio al grado superiore di *professore aggiunto* avverrebbe per giudizio di una commissione nominata dalla Facoltà, e per ogni Istituto non potrebbe essere disponibile che un solo posto di questo grado. Il professore aggiunto verrebbe assegnato al IX grado della gerarchia statale e, dopo un quinquennio di riconferma, passerebbe *de jure* all'VIII grado.

Anche questa proposta è stata accolta dal S. A. di Bologna, poichè è parso che essa correggesse effettivamente quel salto enorme che è nella legge, secondo la quale dalla carica di aiuto si trapassa d'un tratto a quella di professore ordinario.

I tempi sono maturi e la iniziativa a favore di una razionale soluzione del problema dell'assistentato, deve trovare, in un tempo che è da augurarsi breve, la sua definitiva soluzione per ragioni di umana equità, ma sopra tutto perchè da una tale soluzione dipende gran parte dell'auspicato rinascimento dei nostri studi superiori.

Cronaca del movimento professionale.

Le tariffe per i medici condotti in provincia di Bergamo.

Il Prefetto di Bergamo, comm. Cantore, ha emanato un provvedimento che deve costituire esempio per tutte le provincie. Egli non solo ha provveduto già alla suddivisione dei Comuni della Provincia delle varie categorie assegnando a ciascuna di esse un adeguato stipendio residenziale pure con l'addizione per ogni povero inscritto nell'elenco, ma anche approvato una tariza modello. Ecco la circolare comunicata ai Comuni:

Il Prefetto di Bergamo:

Visto l'art. 4 della legge 30 dicembre 1923, n. 2889;

Vista la deliberazione del Consiglio dell'Ordine dei medici di Bergamo in data 10 aprile 1924 che stabilisce la speciale tariffa in base a cui i medici condotti della Provincia dovranno prestare la propria opera ai non iscritti nell'elenco dei poveri; approva la detta tariffa qui di seguito riportata:

N.	Prestazione					
1.	Prima ed unica visita a domicilio	da	L.	10	a	20
2.	Visite successive a domicilio	»	»	5	»	10
3.	Prima visita all'ambulatorio	»	»	5	»	10
4.	Visite successive	»	»	3	»	5
5.	Visita ad ora fissata dal cliente	»	»	15		—
6.	Visite d'urgenza diurne	»	»	15	»	25
7.	Id. notturne	»	»	30	»	50
8.	*Visita collegiale di medicina o chirurgia*: Al curante	»	»	20	»	40
9.	Per cura prolungata di iniezioni a domicilio per cadauna	»	»	5		—
10.	Per cura prolungata di iniezioni all'ambulatorio per cadauna	»	»	3		—
11.	Per iniezioni di sieri curativi (oltre la visita)	»	»	10	»	20
12.	Per una vaccinazione fuori delle sedute ordinarie	»	»	10	»	20
13.	Per incisioni di piccoli accessi e per sutura di ferite superficiali	»	»	10	»	30
14.	Per estrazione di dente all'ambulatorio	»	»	5	»	10
15.	Per salasso, per ipodermoclisi	»	»	25		—
16.	Per paracentesi	»	»	30		—
17.	Per toracentesi	»	»	50	»	80
18.	Per estrazione di corpo straniero dall'occhio, dal naso, dall'orecchio	»	»	10	»	20
19.	Per iniezione endovenosa	»	»	50		—
20.	Per applicazione di apparecchio provvisorio per frattura	»	»	20	»	50
21.	Per applicazione di apparecchio definitivo	»	»	50	»	100
22.	Riduzioni delle più comuni lussazioni	»	»	30	»	50
23.	Riduzione manuale di ernia	»	»	20	»	40
24.	Cateterismo semplice	»	»	10		—
25.	Lavatura dello stomaco d'urgenza	»	»	30		—

26. Tamponamento vaginale . . .	da L.	15 a	30
27. Tamponamento utero vaginale	» »	30 »	50
28. Estrazione di aborto semplice	» »	30 »	50
29. Estrazione manuale di placenta	» »	30 »	50
30. Assistenza a parto normale .	» »	100 »	150
31. Applicazione di forcipe o rivolgimento	» »	100 »	150
32. Perineorraffia immediata post-partum	» »	50	—
33. Visita di nutrice	» »	20	—
34. Consiglio per lettera ad ammalato in cura	» »	10	—
35. Consigli telefonici	» »	5	—
36. Certificato operaio di malattia o guarigione	» »	3 »	5
37. Certificato circostanziato di salute	» »	10 »	20
38. Esame qualificativo di orina .	» »	10 »	20

Per le tariffe degli onorari medici in provincia di Napoli.

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici della provincia di Napoli ha affidato la compilazione delle tariffe degli onorari medici ad una commissione, costituita da rappresentanti delle varie branche e specialità mediche (cliniche medica, chirurgica, ostetrica, oculistica, otorinolaringologica, dermosifilopatica e pediatrica, urologia, radiologia, ricerche di laboratorio, stomatologia).

I medici condotti della Sezione Frosinone e Velletri.

Il 18 agosto, nei locali dello Stabilimento balneare delle acque acidulo-solforose di Ferentino, messi gentilmente a disposizione dal proprietario, la Sezione di Frosinone e Velletri del Sindacato Nazionale Fascista Medici Condotti tenne la sua assemblea ordinaria.

L'intervento dei medici della regione fu assai numeroso; presenziarono il commissario di Ferentino, gen. Pirzio Biroli, che portò ai convenuti il saluto della cittadinanza, e il consigliere provinciale comm. Morosini.

Dopo la relazione morale fatta dal presidente dott. Angelini sull'andamento della sezione stessa, sull'opera spiegata durante l'anno a favore di molti soci, e sui mezzi da mettere in opera per combattere l'ingiustificabile assenteismo di molti colleghi, l'assemblea si occupò del nuovo capitolato-tipo per la provincia di Roma, approvando l'esauriente relazione fatta in argomento dal socio dott. Buglioni. Si procedette poi alla discussione degli argomenti posti all'o. d. g. del prossimo Congresso generale di Trento, pel quale fu nominato rappresentante il segretario cassiere dott. Asteriti. In fine, approvato il resoconto finanziario fatto dal suddetto cassiere, l'assemblea riconfermò per acclamazione tutti gli uscenti del Consiglio direttivo e in specie il presidente Angelini, che fu obbligato a rimanere alla direzione da lui tenuta per tanti anni, malgrado avesse insistito nelle date dimissioni.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANGUILLARA VENETA (*Padova*). — 2° reparto; lire 7200 e due c.-v., oltre indenn. trasp. (L. 2500 se con cavallo di cui il med. abbia la proprietà, (*sic*), L. 1500 se motociclo, L. 800 se bicicletta).

ASTI (*Alessandria*). — A tutto 25 sett., 5ª zona «Casa dei Coppi»; L. 4000 (*sic*) oltre L. 1000 (*sic*) indenn. trasf. Limite età 45 a. Condizioni visibili presso il civico ufficio di segreteria.

BERTINORO (*Forlì*). — A tutto il 20 sett. Vedi fasc. 36.

BORMIDA (Genova). — L. 6000, oltre L. 300 uff. san., L. 1200 trasp., L. 1200 c.-v. Scad. 30 sett.

CAPRINO VERONESE (*Verona*). — Alle ore 18 del 25 sett. per Pazzon; L. 7500 residenza per cura poveri, L. 3000 cavallo, L. 300 ambulanza (*sic*), L. 1200 c.-v., 15 % integrazione stipendio; indennità modificabili ogni anno; 4 quinq. decimo; addiz. L. 5 oltre i 250 pov. Ab. 2450 circa. Età lim. 35. Serv. entro 15 g. (*sic*).

CAROSINO (*Taranto*). — Scad. 25 sett. L. 7500 oltre L. 780 c.-v. e L. 500 uff. san.; quadrienni decimo. A decorrere 1° genn. '25 lo stip. sarà portato a L. 10,500. Ab. 2452; km. 15 da Taranto.

GENOVA. — Scad. 23 ott. Medico batteriologo; L. 11,000 e 8 bienni di L. 500, oltre c.-v. nella misura degli altri impiegati del Comune.

GROSSETO. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario del capoluogo. Proroga al 15 ottobre.

ISCHIA DI CASTRO (*Roma*). — Scad. 20 sett.; lire 7000 oltre due c.-v. e L. 300 uff. san. Il servizio di assistenza agli abbienti risulterebbe rendere, in media, L. 8000 circa.

LODI. *Consiglio degli Ospedali.* — Medico primario; vedi fasc. 34. Scad. ore 16 del 25 settembre.

MONTEFELCINO (*Pesaro-Urbino*). — A tutto il 30 sett., per Monteguiduccio e Fontecorniale; L. 7000 e sessenni decimo; cavalc. L. 3000; un c.-v. Vaglia postale di L. 50.10 al tesoriere. Età lim. 45.

MONTEFORTINO (*Ascoli Piceno*). — A tutto il 30 sett.; ha. 7767; ab. 2800 circa di cui 800 sparsi, in due condotte; pov. non più di 1500; L. 6000 resid., L. 1000 fino a 1000 pov., 10 bienni ventes., L. 4500 *forfait* pei non facoltosi, tariffa ordine pei facoltosi e L. 1 a km.; oblig. cav. facendone carico a tutti i richiedenti; addizion. L. 2.50 attuandosi la residenziale pura. Il servizio si alternerà con l'altro sanitario nelle due condotte, per periodi di sei mesi.

NOVARA. *Deputazione Provinciale.* — Medico di sezione del Manicomio. Vedi fasc. 36. Scad. ore 17 del 30 sett.

NOVI LIGURE (*Alessandria*). *Ospedale di S. Giacomo.* — Medico e chirurgo primari; vedi fasc. 34. Scad. 30 sett.

PARMA. *Ospizi Civili.* — Cinque assistenti effettivi nell'Ospedale Maggiore. Vedi fasc. 36. Scad. ore 16 del 15 sett.

PORTO TOLLE (*Rovigo*). — Scad. 25 sett. IV reparto. L. 10,000 e 5 quadrienni decimo, doppio c.-v., L. 500 ambulatorio, L. 3000 cavalc., alloggio gratuito. La ditta Sullam del tenimento Gnocchetta corrisponderà inoltre un assegno annuo di L. 1500 più q. 20 di fieno.

PRATO CARNICO (*Friuli*). — Alle ore 16 del 30 sett. Età lim. 45 alla chiusura. Kmq. 6; ab. 3329 in 9 fraz.; p. pov. L. 7500; due sessenni di L. 750; p. uff. san. L. 600. Scad. entro 18 g. (*sic*).

S. CASCIANO DEI BAGNI (*Siena*). — Scad. 31 ott. Per Palazzone. Stip. L. 6000, cav. L. 2000, c.-v. L. 2000.

VITTORIO VENETO (*Treviso*). — 5° reparto, per Cozzuolo, Formeniga, S. Lorenzo. L. 6000 p. pov., L. 2500 indenn. trasp., indenn. temporanee c.-v.; 5 quinq. decimo. Età 40; biennio in osped. o condotta. Ab. 2168 raggruppati, 840 sparsi, 300 pov. Riserva modificazione capitolato servizio. Scad. 30 settembre.

VOLTIDO (*Cremona*). — L. 7800 aumentabili a lire 11,200; per uff. san. L. 300; per bicicl. L. 200 (*sic*). Ab. 1298. Scad. 20 sett.

BORSE DI STUDIO.

ROMA. *Fondazione Cirincione-Cidonio* presso la Clinica Oculist. della R. Univ. Vedi fasc. 34. Scad. 30 sett. 1924.

CONCORSI A PREMIO.

BOLOGNA. *Istituto Ortopedico Rizzoli.* — Premio Umberto I. Vedi fasc. 30. Scad. 31 dicembre 1924.

BOLOGNA. *R. Accademia delle Scienze.* — Fondazione S. Pozzi. Vedi fasc. 7. Scad. 31 dic. 1924.

FIRENZE. *Società Italiana di Pediatria.* — Quattro premi della Fondazione Mantovani. Vedi fascicolo 32. Scad. 31 dicembre 1924.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Bordoni-Uffreduzzi, ufficiale sanitario e capo dell'Ufficio di Igiene di Milano, è stato collocato a riposo. Lo sostituisce interinalmente il prof. Eugenio Bajla, noto cultore di epidemiologia e di statistica sanitaria.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso Nazionale d'Igiene.

L'Associazione Italiana per l'Igiene comunica che il 3° Congresso Nazionale, già indetto in Sardegna e di cui annunziammo il rinvio nel fasc. 9 al settembre, è stato definitivamente fissato per l'aprile del 1925. Questa decisione è stata suggerita dalla opportunità di una più completa preparazione in modo da assicurare il più ampio successo alla riunione per numero d'intervenuti e per benefica influenza sull'igiene del Paese.

Congresso internazionale di Radiologia.

Un Comitato provvisorio propone di tenere un Congresso internazionale di radiologia a Londra, dal 30 giugno al 3 luglio 1925, nel «British Institute of Radiology». Il Comitato si adunerà in settembre per elaborare il programma e fissare la data definitiva, in base alle informazioni raccolte. Si prega d'inviare le comunicazioni a: The Secretary, British Institute of Radiology, 32 Welbeck Street, London W. 1. (Inghilterra).

Congresso Internazionale di Talassoterapia.

Il prof. Giulio Ceresole — segretario generale per l'Italia della Associazione Internazionale di Talassoterapia avente sede a Parigi — dovendo, per disposizione regolamentare, riferire al Congresso Internazionale di Talassoterapia, che avrà luogo ad Arcachon nella prossima primavera, sui progressi della Talassoterapia in Italia nell'ultimo biennio, prega tutti i direttori di Ospizi Marini, di Ospedali Marittimi e di Stabilimenti Balneari e i cultori di studi talassoterapici, di volerlo informare sui progressi verificatisi nelle organizzazioni talassoterapiche delle diverse stazioni, sugli Ospizi Marini ed Ospedali Marittimi di nuova fondazione, ed eventualmente sulle osservazioni cliniche e biologiche più interessanti e sugli studi clinici e sperimentali eseguiti nel campo delle cure marine.

Indirizzare tali notizie personalmente al prof. Ceresole, Ospedale Civile, Venezia.

Nuovo Padiglione dell'Istituto "Regina Elena„ a Livorno.

Con l'intervento delle LL. MM. il Re e la Regina, il 13 luglio u. s. fu solennemente inaugurato a Livorno un nuovo padiglione eretto nell'Istituto talasso-elioterapico «Regina Elena» per il ricovero e la cura dei bambini tubercolotici o predisposti. Il gr. uff. A. Cristofanini, presidente del «Comitato filantropia senza sacrifici» a cui si devono l'iniziativa e la creazione del nuovo asilo, tenne il discorso inaugurale.

Impianto radiologico negli ospedali di Livorno.

Sono stati inaugurati nel Nosocomio livornese i locali destinati alla radiologia. Risultano di due reparti: uno raccoglie in diverse sale il già esistente corredo di apparecchi, convenientemente modificati e modernizzati, l'altro è da servire specialmente per il servizio di pronto soccorso e quale impianto di riserva, nel caso di sospensione del servizio nel reparto maggiore o di superlavoro di quest'ultimo.

Manicomio soppresso.

In provincia di Belluno esistevano i due manicomi di Feltre e di Ponte delle Alpi; quest'ultimo è stato chiuso, per ordine della Deputazione provinciale.

Donazioni e lasciti.

L'industriale italiano Garfagni, direttore della succursale di Ginevra della Fiat, ha lasciato morendo 4 milioni di franchi svizzeri per un asilo destinato ai figli di italiani bisognosi residenti a Ginevra, nonchè altri legati a favore dei suoi impiegati.

Per il Parco del Gran Paradiso.

Il Bollettino dell'Associazione Italiana pro piante medicinali e aromatiche e della Società Orticola di Lombardia, dà notizia che sono stati presi i primi provvedimenti per questo Parco nazionale. Il Ministro dell'Economia Nazionale ha accolto le domande della Commissione Reale, riguardanti il personale e gli stanziamenti in bilancio. Si è deli-

berata, tra l'altro, l'istituzione di premi per l'incoraggiamento delle coltivazioni di piante medicinali ed aromatiche alpine.

Ufficiali medici comandati presso Istituti universitari.

Anche per l'anno accademico prossimo saranno inviati quali assistenti militari presso cliniche ed istituti universitari del Regno ufficiali medici e farmacisti in S. A. P. L'incarico dura un anno salvo conferma del Ministero per un secondo anno.

L'assegnazione sarà limitata come segue: due maggiori medici presso le cliniche mediche; quattro capitani medici presso le cliniche chirurgiche; due capitani medici presso gl'istituti di igiene; due capitani medici presso le cliniche neuro-psichiatriche; due capitani medici presso le cliniche oculistiche; due capitani chimici-farmacisti presso gl'istituti di chimica.

L'Università di Bari.

Col 1° ottobre cominceranno a funzionare la Facoltà di Medicina e Chirurgia e quella di Farmacia; altre Facoltà e Scuole potranno essere costituite in seguito. L'Università avrà sede nell'edificio dell'Ateneo; le Cliniche saranno allogate negli Ospedali. Oltre gli enti di Bari, contribuiscono finanziariamente la Provincia e la Camera di Commercio di Foggia, moltissimi comuni delle Puglie, ecc.

La Facoltà di Medicina all'Università di Messina.

Nella seduta del Consiglio Accademico che ebbe luogo il 7 agosto, il prof. Scimemi, preside della Facoltà di Medicina a Messina, comunicò di aver avuto serio affidamento sulla conservazione della Facoltà stessa, alla quale affluiscono anche molti studenti del continente calabrese.

La vita dell'Ateneo catanese assicurata.

Nel gabinetto del rettorato dell'Università di Catania si sono adunati i rappresentanti dei maggiori Enti del Consorzio universitario provinciale. Riaffermato il principio della integrità dell'Ateneo, decisi ad assicurarne il funzionamento ed accrescerne il decoro, hanno riconosciuto la necessità, anche di fronte alle ultime richieste ministeriali, di aumentare di annue L. 150,000 i contributi già sottoscritti. Con alto senso di civismo e di solidarietà i rappresentanti della provincia di Catania e di Siracusa hanno aderito. Questa deliberazione venne partecipata dal rettore De Logu al ministro Casati, che ha espresso il suo vivo compiacimento al riguardo.

Università americana in Siria.

La Fondazione Rockefeller ha deliberato di finanziare per cinque anni l'Università americana di Beirut, in Siria, ove già esiste un'Università francese tenuta dai gesuiti.

Il record dell'attività universitaria.

La Scuola Medica di Pondichery, nell'India francese, venne fondata nel 1823 e riorganizzata nel 1863; i suoi corsi durano 5 anni per i medici, 3 per i vaccinatori e 2 per le levatrici. Durante l'ultimo decennio la scuola ha rilasciato 19 diplomi di medici, 4 di vaccinatori e 6 di levatrici. Facendo la somma di tutti gl'inscritti nelle varie classi, la media di ogni anno è stata, nell'ultimo decennio, di 14,5 studenti medici, 1,8 studenti vaccinatori e 2,7 studentesse levatrici.

La popolazione totale dei frammenti di territori occupati dalla Francia e sparsi lungo le coste dell'India inglese (Pondichery, Carical, Mahé, Yanaon e Chandernagor) ascende a 270,000 abit.; a Chandernagor v'è un leprosario con 79 ricoverati; a Pondichery un ospedale moderno.

Venticinquesimo anniversario di laurea.

I medici laureati nel 1899 in Roma, che intendano riunirsi a banchetto il 19 ottobre p. v., sono pregati inviare l'adesione e la quota di L. 40 entro il 5 ottobre al dott. Arturo Polacco, via Porto Maurizio, 2 - Roma (50).

Le assicurazioni sociali in Francia.

Mentre il Senato prende in esame il progetto di legge già approvato dalla Camera dei deputati, un'inchiesta condotta tra i rappresentanti dei sindacati medici francesi ha dato il seguente esito, in merito alla retribuzione dei sanitari: per la libertà di contratto (che assimila gli assicurati ai clienti ordinari): 615 voti su 628; per il contratto collettivo 10 voti; astenuti 3; tra i rappresentanti dei medici non sindacati si sono avuti rispettivamente voti 7, 0 e 1. (*Presse Méd.*, 30 ag. 1924).

Un chirurgo giapponese ordinato prete.

Il dott. Vincenzo Bunkei Totonka, capo d'un importante servizio chirurgico a Sapporo, ricevette il 28 giugno u. s. gli ordini sacerdotali nella chiesa di Saint-Sulpice a Parigi. Egli rientrerà nel Giappone per esercitare il suo apostolato cattolico tra i suoi connazionali, pure praticando l'arte chirurgica, nella quale si è esercitato presso le Cliniche francesi. (*Paris Médical*, 26 lug. 1924).

Il 23 agosto, a Pizzo (Catanzaro), cessava di vivere in età di 78 anni il dott. CALACE FRANCESCO. Professionista abile e coscienzioso, diè per oltre 48 anni tutta la sua opera umanitaria alla popolazione tra cui visse e che lo amò intensamente. Fu modesto, sereno, filantropo, e la sua morte lascia imperituro ricordo di sè fra i colleghi e gli amici che ebbero di lui sempre la maggiore stima professionale e personale.

C.

Si è spento a Milano il prof. comm. ERNESTO GRASSI, che diresse per molti anni quel Brefotrofio Provinciale, cui consacrò una fervida e solerte attività.

Avemmo altra volta occasione di riferire sull'organizzazione di quell'Istituto e sui problemi sociali di assistenza all'infanzia dal Grassi prospettati con profondo sentimento e con competenza.

F.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Gaz. d. Hôp., 19 lug. — L. LÉORAT. I «convasieri» o sieri dei convalescenti.

Annali d'Igiene, giu. — J. CARRA. Utilizzaz. degli amino-acidi come sorgenti di azoto nelle colture batter. — V. SETTE. Germe isolato da visceri conservati in frigo.

Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg., lug. — M. U. THIERFELDER e M. THIERFELDER-THILLOT. Sul granuloma venereo. — K. MEHEMMED. Malaria mista da tre tipi parassitari.

Giorn. di Cl. Med., 20 lug. — A. MALAGUTO. Versamenti pleurici a contenuto colesterinico. — D. SANTORO. Albuminuria ortost. guarita in seguito a polmon.

Zbl. inn. Mediz., 19 lug. — D. HERDERSCHÊE. Dati sulla scarlattina.

Riv. crit. Clin. Med., 5 apr. — G. BERGHINZ. La diagnosi di tifo esant.

Riv. Ospedal., 15-31 mag. — B. BISBINS. L'uso dell'insulina nella pratica medica.

Mediz. Klinik, 20 lug. — T. MADSEN. Produz. di antitossine e terapia antitossinica. — G. MAGNUS. Sutura spontanea di vasi feriti.

Zeitsch. f. Tuberk., lug. — M. GÄUSSLEN e O. MECIER. Studi refrattometrici e viscosimetrici. — A. SCHNEIDER. Rapporti tra esami fisici e lesioni.

Prensa Méd. Ag., 30 giu. — C. BONORINO UDAONDO e M. M. CESTEIGA. Viscosimetria nella diagn. e prognosi della tbc.

Pensiero Med., 30 giu. — P. LIVIERATO. Le aritmie cardio-vascolari.

Riv. crit. di Cl. Med., 15 apr. — P. CANALE. Reperti microscopici del sedim. del succo duodenale nella colelitiasi.

Soc. Méd. d. Hôp., 17 lug. — L. RIVET e C. JANY. Nevrite acuta retro-bulbare, primo sintoma di sindrome di sclerosi a placche. — M. LABBÉ e R. BOULIN. Irsutismo, diabete e melanodermia.

Riv. Ital. di Ginecol., lug.-ag. — D. CONSOLI. Il calcio e il magnesio nelle eclamptiche. — M. CALZOLARI. Etere e miscele eteree nella profilassi e cura nelle infezioni peritoneali ed uterine.

Pathologica, 15 lug. — E. MERCANDINO e M. DE MARTINI. Esploraz. della funz. renale.

Journ. Méd. Paris, 19 lug. — G. DRONET. L'ittero emoclasico (o urticaria delle vie biliari).

Stomatologia, lug. — G. DE TOMASI. Eziologia e patogenesi della piorrea alveol.

Evolut. Médico-chirurg., lug. — G. ROSENTHAL. Condizioni della cura radicale della laringite tbc.

L'Encéphale, lug.-ag. — Resoc. della VI adunanza per gli studi biologici di neuro-psichiatria.

Paris Méd., 26 lug. — MILLONS. Le iniez. endoven. di chinina nella malaria cronica. — BORDIER. La diatermia nel cancro.

Studium, 20 lug — A. CARDARELLI. Asciti.

Arch. de Méd., Cir. y Esp., 26 lug. — R. LERICHE. Chirurgia del simpatico periarterioso.

Gaz. d. Hôp., 26 lug. — AZERAD e MEIGNANT Gli ascessi del cervello.

Presse Méd., 2 lug. — A. CALMETTE e altri. Tentativi d'immunizzaz. antitubercolare.

Tubercolosi, mag. — A. CIVIDALI. Ernie mediastiniche nel pneumotor. artific.

Rinascenza Med., 1° ag. — G. MARCIALIS. Immodificabilità dei gruppi sanguigni. — A. ORO e G. CASO. Eritrodermia da bismuto in eredoluetica.

Folia Med., 15 lug. — A. D'AVANZO. Vaccinaz. antitubercol. alla Pondorf.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali (S). L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXXI **Roma, 22 Settembre 1924** **Fasc. 38**

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO SUPERIORE DI MEDICINA VETERINARIA DI BOLOGNA.
LABORATORIO D'IGIENE E POLIZIA SANITARIA diretto dal prof. G. CAO.

Osservazioni su germi del gruppo Tifo-Coli conservati in infusi organici.

P. TOTIRE-IPPOLITI.

Una sopravvivenza più o meno prolungata e talvolta notevole dei germi appartenenti al gruppo indicato, ove si protegga il mezzo dal contatto dell'aria libera, ha avuto — specie in questi ultimi tempi — ripetute conferme da parte di varii autori, me compreso.

Ma un maggiore interesse a talune di queste operazioni è derivato dalla constatazione che con la vitalità permaneva anche la virulenza. .

Sono note le osservazioni in proposito del Puntoni (1) su sangue e liquido peritoneale raccolti all'autopsia o da salassi di animali infettati con bacilli del Paratifo A e B e con colibacilli, cui fanno riscontro le mie osservazioni su materiale fecale, raccolto da due casi d'infezione intestinale, in cui potè dimostrarsi la presenza di due stipiti di B. Coli virulenti.

I varii ceppi saggiati dal Puntoni risultarono vivi e virulenti anche dopo 10-11 anni: e così quelli da me ricavati dai campioni di feci si addimostrarono attivi anche dopo 20 anni.

È in corso di pubblicazione altra mia recente osservazione che, in parte, si riferisce ad uno stipite di B. Paratifo B mantenutosi attivo dopo 12 anni di permanenza in pezzi d'organi (fegato e milza) di cavia, infettata sperimentalmente, conservati in paraffina (1).

*
* *

Con la presente viene illustrata un'altra serie di osservazioni, dedotte dall'esame di talune prove colturali, rimontanti al periodo giugno-luglio 1909, e riflettente un ceppo di bacillo del Tifo e due di B. Coli, conservati in

(1) PUNTONI. *Sopravvivenza decennale di alcuni microbi del gruppo tifo-coli conservati in liquidi organici.* Annali d'Igiene, 1923, n. 3.

(1) P. TOTIRE-IPPOLITI. *Conservazione in paraffina di organi freschi a scopo diagnostico.* La Nuova Veterinaria (in corso di stampa).

tubi chiusi alla fiamma, ma seminati in varii substrati liquidi, filtrati previamente per candela, quali *bile diluita, infusi a freddo di milza e di polmone, filtrato di feci normali e poltiglia di patata.*

All'apertura dei saggi colturali (di milza, di bile, di polmone e di feci) si percepiva distintamente un odore, che richiamava la provenienza del substrato.

L'aspetto morfologico negli stipiti di B. Coli è risultato meglio conservato, anche dal punto di vista delle dimensioni, nelle semine in succo di milza che in quelli in bile (1). Nei campioni di B. del Tifo si è notata una maggiore uniformità degli elementi, nettamente bacillari, in parecchi dei quali perdurava un certo grado di mobilità, compiuta, se vuolsi, con movimenti piuttosto lenti ma caratteristici. Anche la colorazione dei varii campioni, nel complesso, è riuscita soddisfacente.

Le semine immediate su nuovi substrati (agar e brodo) dettero uno sviluppo abbastanza rigoglioso già dopo 15 ore da parte dei ceppi di B. Coli (non senza qualche risultato negativo come sarà indicato nel relativo prospetto) e dopo 24-36 ore (più accentuato in brodo che su agar) nelle prove di semina col ceppo del B. del Tifo.

Le risultanze complessive circa la vitalità vengono raggruppate nel seguente prospetto:

B. Coli — ceppi N. 22 e N. 39 (2)

	N. 22	N. 39
Infuso di Bile	+	—
„ Milza	+	+
„ Polmone	..	—
Pappa di patata	—	.. (3)

B. del tifo (N. 41).

Infuso di Polmone	+
„ Feci	+

***

I ceppi così ricavati nei raffronti biologici e colturali con i similari, ricoltivati nel 1922 da vecchie colture in brodo e su agar conservate nelle medesime condizioni (come fu esposto in un precedente lavoro) e con altri di collezione hanno fatto rilevare una relativa depressione dell'azione fermentativa sul glucosio e di quella riducente sul rosso-neutro, più manifesta nel ceppo del B. Coli N. 22, mentre permaneva integra l'azione coagulante del latte.

(1) Il sedimento degli sviluppi in bile era formato da una massa unica, aggrumata, granulosa.

(2) I N. 22, 39 e 41 corrispondono al numero di contrassegno delle cavie attraverso le quali furono passati i detti germi per altre ricerche disposte dal prof. CAO all'epoca indicata.

(3) Il segno .. indica che non esistevano prove colturali corrispondenti.

Nel tempo stesso che si espletavano le indagini batteriologiche, si procedette a saggi sulla eventuale persistenza della virulenza mediante una serie parallela d'inoculazioni alle cavie con brodocolture di 2° trapianto e tenendo la norma di inoculare il medesimo quantitativo di liquido colturale (1 cc.), prelevato dalla stessa coltura per ogni prova comparativa attinente a ciascun campione.

Le dette prove, suffragate da risultanze concordanti, possono così riassumersi:

a) Le inoculazioni endoperitoneali, tanto con i ceppi di B. Coli quanto con quelli di bacillo del Tifo, ebbero esito letale nello spazio 24-36 ore, e dagli animali si ricoltivò il germe inoculato;

b) le inoculazioni sotto cute determinarono una intensa reazione locale con successiva formazione di escare delle dimensioni di circa una moneta di un centesimo, riparazione lenta dei processi necrotici in circa tre settimane o più e quindi guarigione. Tuttavia qualche prova d'inoculazione sottocutanea a cavie giovani con brodocolture di B. Coli ha pure avuto esito letale.

In complesso tali risultanze collimano con quelle in precedenza ottenute dallo stipite di B. Paratifo B conservato, come si è dianzi accennato in paraffina.

***

Le esposte osservazioni — come le altre del genere — a prescindere dalla loro importanza intrinseca nei riguardi, cioè, della conservatasi virulenza per così lungo periodo di tempo, mi pare riescano interessanti se si considerino anche in rapporto ai varii substrati in cui i germi ebbero ad esplicare le loro funzioni vitali, per quanto limitate a causa della soppressa influenza dell'aria libera.

Ma ogni particolare deduzione su questo secondo punto sarebbe ardua: specialmente quando si consideri che da prove disposte nel medesimo giorno, adoperando lo stesso substrato e mantenute nelle medesime condizioni si sono avute risultanze differenti come, ad esempio, dalle semine in bile dei due ceppi di B. Coli e da quelle in infuso di polmone di uno dei detti stipiti di B. Coli (N. 39) in confronto al B. del Tifo.

Il fatto in entrambi i casi, potrebbe essere stato determinato da altre cause, ma riesce più verosimile *a priori* quella riferibile a peculiarità proprie del ceppo N. 39 di B. Coli che, dal complesso delle prove, apparirebbe dotato di minore resistenza rispetto al ceppo similare ed a quello del B. del Tifo. Ciò che

verrebbe a confermare un principio da me ripetutamente ribadito quale quello che la protezione delle colture dal contatto dell'aria non può sopprimere le oscillazioni inerenti alla vitalità naturale dei microrganismi (1).

È ovvio, da ultimo, che la limitata casistica non lasci identificare con sufficiente chiarezza una influenza più o meno favorevole dei varii substrati di cui si è tenuta parola: non è però priva, nel complesso, di indicazioni sulla scelta fra essi.

CONCLUSIONI

1) Negli infusi organici i germi del gruppo Tifo-Coli conservano a lungo oltre alla vitalità anche la virulenza mantenendo, beninteso, le relative prove al riparo dal contatto dell'aria libera;

2) Dalle avanti esposte osservazioni, compiute su prove disposte nel giugno-luglio 1909 ed esaminate nel corrispondente periodo 1924, si è dedotto quanto appresso:

a) Due stipiti di B. Coli ed uno di B. del Tifo coltivati in infuso di milza e conservati in tubi chiusi alla fiamma (come del resto anche le altre prove che saranno in seguito enumerate) hanno mantenuto con la vitalità pressochè immutata la loro virulenza;

b) Nell'infuso di bile, invece, è sopravvissuto — risultando *attivo* — soltanto uno dei due ceppi di B. Coli (N. 22);

c) Di un ceppo di B. Coli (N. 39) ed il ceppo di B. del Tifo conservati in infuso di polmone è sopravvissuto risultando *attivo* soltanto il secondo;

d) Il medesimo ceppo di B. del Tifo, coltivato in filtrato di feci normali, si è mantenuto vivo e patogeno.

e) Lo stipite di B. Coli N. 22 conservato in poltiglia di patata erasi spento.

Bologna, luglio 1924.

---

(1) P. TOTIRE-IPPOLITI. *Sulla osservazione della vitalità dei microrganismi in tubi chiusi* (La Clinica Veter., 1913.

ID. *Ulteriori osservazioni sulla vitalità dei microrganismi nelle colture in tubi chiusi alla fiamma.* (La Nuova Veter., n. 6, 1923).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DEL BAMBINO GESÙ - ROMA
REPARTO MEDICINA MASCHI.
Primario: Prof. UGO MANCINI.

Un caso di anemia grave a tipo aplastico trattato con la radioterapia

per il dott. MARIO FABERI, assistente.

A. A. di anni 6 da Roma. Entra all'ospedale il 22 aprile 1923.

Dall'anamnesi famigliare si apprende che l'infermo ha due fratelli viventi e sani. Anche il padre gode di buona salute. La madre ha avuto due aborti, in gravidanze posteriori a quella da cui è nato il paziente. Essa appare piuttosto deperita, e di colorito notevolmente pallido.

L'infermo è nato a termine, da parto regolare, ed ebbe allattamento materno fino all'età di mesi 11. Dentizione e deambulazione normali. A due anni di età soffrì di pertosse e di morbillo, da cui guarì senza alcun reliquato. In seguito stette sempre abbastanza bene.

Da un anno circa è andato anemizzandosi e perdendo le forze. Nel 1922 stette qualche tempo ricoverato in questo Ospedale, perchè affetto da enterocolite acuta, e durante la degenza gli fu riscontrato un grado notevole di anemia, tanto da essere sottoposto a cura ferruginosa e arsenicale intensa, senza per altro che ne traesse beneficio.

Un esame delle feci lasciò riscontrare presenza di uova di tricocefalo.

Lo stato anemico dopo l'uscita dall'ospedale, è andato accentuandosi. La debolezza si è fatta più grave; sono comparse crisi diarroiche frequenti, epistassi, rialzi termici di modico grado, non preceduti da brivido e di breve durata. L'appetito è pressochè scomparso. L'astenia e la facile esauribilità gli impediscono di iniziare gli studi.

All'atto dell'ingresso all'ospedale l'esame obiettivo ci fornisce i seguenti dati:

Stato di nutrizione generale assai scadente. Cute e mucose visibili spiccatamente pallide. Il colorito della cute ricorda quello della cera vecchia. Lingua patinosa, umida. Nulla alla gola.

Torace: Conformazione scheletrica regolare, angolo epigastrico ottuso. Nulla alla percussione, tranne lieve ipofonesi in corrispondenza delle prime vertebre dorsali. Negativa l'ascoltazione di ambedue i polmoni.

Cuore: Punta dietro la quinta costola, all'interno della mammillare. Modico debordamento a destra. Aia cardiaca scoperta. Primo tono accompagnato da rumore che si ode alla punta, al centrum cordis e alla base. Secondo polmonare talora sdoppiato, non rinforzato. Polso: 108, molle, ritmico, regolare.

Addome: Trattabile, indolente non meteorico. Il fegato si palpa sotto l'arco costale nelle profonde inspirazioni, di consistenza normale, indolente. La milza in alto raggiunge la 7ª costola, in avanti supera di poco l'ascellare anteriore, in basso non si palpa il polo inferiore.

Apparato linfo-ghiandolare poco sviluppato.

Ricerche cliniche eseguite: Urine: Peso specifico 1020, reaz. acida, albumina e zucchero assenti, acetone tracce, pigmenti biliari, urobilina e acidi biliari assenti. Nel sedimento nulla di notevole. Feci: presenza di rare uova di Tricocephalus dispar.

Reazione di Wassermann negativa nel sangue del paziente, come pure in quello della madre (al padre non fu potuta eseguire).

Cutireazione alla tubercolina negativa.

Radioscopia del torace: modica accentuazione delle ombre ilari.

Sangue: Hb. 15, Emazie 1430000, Leucociti: 7520, Valore globulare 0,53. Nei preparati colorati (May-Grünwald-Giemsa): Anisocitosi, poichilocitosi e anisocromia di modico grado. Presenza di rarissimi normoblasti punteggiati. Formula leucocitaria: Polinucleati neutrofili 67,4 %, id. eosinofili 0,8 %, id. basofili 0 %, linfociti 9%, Grandi mononucleati 18,2 %, forme di passaggio 4,6 %.

Durante il periodo di osservazione e di ricerche si istituisce una cura ipodermica di preparato ferro-arsenicale.

Temperature subfebbrili giornaliere, con massimo di 37.6-37.7.

Dopo circa 20 giorni, permanendo le condizioni del malato sempre gravi, ed essendosi eccentuato il pallore, l'astenia e l'anoressia, si inizia il trattamento radioterapico, eseguito dal dott. Nicola Faberi, radiologo dell'ospedale.

Si eseguiscono 20 serie di applicazioni a giorni alterni, della durata di 2 m' per ogni campo irradiato (femori, milza, tibie), col seguente dosaggio S. E. 24-25. Filtro 3 mm. alluminio. mA. 1,7, pari a circa 1/4 X.

Durante la cura si esamina il sangue più volte, ottenendo i reperti indicati nella seguente tabella:

Data	Hb.	Emazie	Leucociti	Val. Gl.	*Annotazioni*
16 5-23	15	1.960.000	4860	0.38	II irradiazione
28-5-23	22	3 640.000	5120	0.30	VI „
4-6-23	24	2.993.000	5800	0.40	IX „
12-6-23	34	3.046.000	5600	0 55	XII „
20-6-23	30	2.930.000	5700	0.51	XV „
4-7-23	35	4.490.000	7000	0.39	XX „

La formula leucocitaria si è mantenuta in tutti gli esami pressochè costante.

Sempre rarissime e talora addirittura assenti le emazie nucleate; sempre meno evidenti la poichilocitosi e l'anisocitosi. Non policromatofilia.

Al termine del trattamento il paziente mostra di essere migliorato in maniera evidente.

La cute ha perduto il colorito pallido cereo che aveva all'atto dell'ingresso all'ospedale; le mucose sono più rosee. Anche subiettivamente il miglioramento è notevole. L'infermo mangia con appetito; sta tutto il giorno in piedi senza affaticarsi; è più vivace ed intelligente.

A distanza di tempo notevole si ripetono gli esami di sangue, che rivelano, come è indicato nella seguente tabella, il continuo miglioramento:

Data	Hb	Emazie	Leucociti	Val. Gl.
1-8-23	31	4.126 000	6.120	0.37
26-9-23	36	4.260.000	6.920	0.40
25-11-23	60	4 540.000	6 600	0.66

Persistendo tali confortevoli condizioni, il paziente viene dimesso il 10 dicembre 1923.

Il 5 gennaio 1924 si ha occasione di praticare un ulteriore esame di sangue col seguente risultato: Hb. 60, G. R. 4.420.000, G. B. 7200, Val. Globulare 0,60.

Il caso descritto, importante per il successo terapeutico ottenuto, offre anche interesse notevole dal punto di vista diagnostico-etiologico.

Il reperto delle varie ricerche ematologiche eseguite ci dà infatti l'autorizzazione a classificare il caso come « Anemia grave a tipo aplastico ».

Tale forma, conosciuta fin dal 1888 per merito di Ehrlich, è stata in seguito talvolta descritta, ma non con eccessiva frequenza. Essa è piuttosto propria della seconda infanzia, allorquando le modificazioni sanguigne sono meno esuberanti di quel che non avvenga nei primissimi anni della vita, nei quali le anemie si caratterizzano per una « plasticità » marcata del sangue, cioè per l'apparizione abbondante di elementi cellulari giovani, che attestano una più grande attività formatrice del midollo. Nella seconda infanzia il sangue mantiene meglio il suo equilibrio, e la rigenerazione è spesso nulla od insufficiente.

Il Mensi, al quale dobbiamo un bello studio sulle anemie gravi dell'età giovanile, dice che la forma aplastica « è caratterizzata da un processo di aplasia, o meglio di atrofia midollare, che interessa anche sezioni di midollo normalmente adibite al rinnovamento del sangue, congiunto con un processo emodistruttore ». Alla produzione dell'anemia aplastica, secondo lo stesso autore, « concorrono due processi: l'uno mielotossico, l'altro eritrolico, entrambi provocati da una stessa causa tossica ».

La caratteristica dell'anemia grave aplastica consiste nell'assenza, o meglio nella scarsità notevole e durevole delle più svariate manifestazioni reattive; assenza pressochè completa di eritroblasti: indice emoglobinico variabile: ora vicino all'unità, ora leggermente superiore, ora, più spesso, inferiore; anisocitosi di lieve grado, poichilocitosi modica, mancanza

o notevole riduzione della policromatofilia, della reazione granulo-filamentosa, e delle emazie a granulazioni basofile; acromia, diminuzione progressiva dei globuli rossi.

Etiologicamente si citano come cause determinanti: la tubercolosi, la sifilide, l'infestione da botriocefali ed anchilostomi. Il resto dei casi sarebbe da riportarsi ad origine criptogenetica. Ora, nel nostro infermo, escluse coi comuni mezzi di indagine la tubercolosi e la sifilide, restava a considerare il dato di fatto rappresentato dal reperto di uova di tricocefalo nelle feci.

Che il tricocephalus dispar sia capace di produrre un grado notevole di anemia nell'individuo che l'ospita, è ormai indubbio.

Mentre in realtà troviamo ciò accennato nei più recenti trattati di parassitologia, d'altro canto i clinici ne fanno cenno nel capitolo che riguarda l'etiologia delle anemie, e, sfogliando la letteratura, si può trovare qualche comunicazione isolata in proposito. Tuttavia un fatto assodato è in primo luogo quello che l'anemia da tricocefalo non ha una caratteristica speciale. Mentre cioè l'anchilostoma e il botriocefalo generano un'anemia nettamente a tipo pernicioso, il tricocefalo ha prodotto talora un'anemia semplice, talora un'anemia a tipo clorotico. È quindi a causa di ciò che nei trattati clinici più recenti (di ematologia, di medicina generale, di pediatria), dei parassiti intestinali agenti eziologici delle anemie gravi (plastiche ed aplastiche), non vengono menzionati che il botriocefalo e l'anchilostoma.

Per tali considerazioni fummo spinti a giudicare il reperto delle uova di tricocefalo nelle feci del nostro paziente come accidentale, attribuendogli al massimo un valore aggravante della forma anemica che dominava.

In ogni modo la terapia coi raggi Roëntgen fu iniziata come tentativo, constatato il fallimento della cura ferro-arsenicale, ed i risultati che si andàrono progressivamente ottenendo la giustificarono pienamente.

Il primo uso dei raggi Roëntgen a scopo terapeutico nelle emopatie fu fatto da Pusey e Senn (1903) nelle leucemie. In seguito tale uso si diffuse molto, ed i pediatri se ne valsero nel trattamento delle anemie spleniche (anemia pseudo leucemica infantum), di cui già nel 1915 il Concetti comunicava un caso, ad esito però infausto.

A tal proposito non credo sia fuori luogo rammentare che l'anemia pseudoleucemica dei bambini, descritta per prima dal Cardarelli, e in seguito bene studiata dallo Yaksch (1889) è strettamente legata all'anemia grave, poichè tanto nell'una che nell'altra si ha un parziale ritorno dell'eritropoiesi alle condizioni embrionali. L'anemia pseudoleucemica è però caratterizzata da una leucocitosi costante, spesso enorme, con presenza di mielociti più o meno numerosi. Inoltre è questa una forma d'anemia propria della primissima infanzia, mai riscontrata al di là del terzo anno di vita.

Dopo il caso di Concetti, trattato, come si è detto, radioterapicamente, altri ne furono riferiti dal Long, Petrone, Cozzolino, Finizio, Churchill e Lommel, Porter Parkinson, Zamboni.

Nei tratti di radioterapia però, anche moderni, poco si parla del trattamento delle anemie gravi per mezzo dei raggi X. L'Albert-Weill, per es., non accenna che ad unico caso presentato alla Società di Pediatria nel novembre 1912, concernente una bambina affetta da anemia intensa, con fatti emorragici piuttosto gravi, guarita dopo sole 4 applicazioni (2 sulla milza ed 1 su ogni diafisi femorale) a dosi deboli (2 H. per seduta).

Cottenat, nel recente trattato di radioterapia della collezione del Sergent, cita due casi di Krause e di Rénon e Tixier, e consiglia di usare irradiazione di 3-4 H. al massimo, di raggi duri, filtrati su 3-4 mm. di alluminio. Hynett nel 1906 pubblicò altri 8 casi di anemia perniciosa trattati coi raggi X, di cui quattro nettamente migliorati, e quattro ad esito infausto.

Più recentemente Otto Neu riferisce un caso di a. perniciosa trattato con irradiazioni eccitanti sul midollo osseo. L'eritropoiesi aumentò notevolmente, il quadro ematico migliorò, e lo stato generale si risollevò in maniera rapida.

Resta tuttavia il fatto che tale metodo di cura non ha ancora trovato larga applicazione, e molti clinici sono scettici in proposito, tanto che recentissimamente il Rostoski di Dresda dichiarava che l'eccitamento radioterapico del midollo non sembra aver importanza nel trattamento delle anemie gravi.

Il nostro caso porta quindi un modesto contributo di terapia, che potrà essere d'incitamento per ulteriori studi e tentativi.

LETTERATURA.

AGASSE-LAFONT. *Anémie*. In « Traité de Path. Méd. » di SERGENT, etc., vol. X. Paris, 1922.
ALBERT-WEILL E. *Eléments de Radiologie*. Paris, 1920, p. 821.
ALESSANDRINI. *Parassitologia*. In CELLI: *Manuale dell'Igienista*, Torino, 1912, vol. I, p. 2ª.
COMBY J. *Anémie aplastique chez les enfants*. Arch. de Méd. des Enfants, n. 10, 1919.
COTTENAT. *Radiologie e Radiothérapie*. In « Traité de Path. Méd. » di SERGENT, etc., Paris, 1921.

CRÉMIEU R. *Radiothérapie des Maladies du Sang.* Paris, 1913, p. 56.

FEER. *Lehrbuch der Kinderheilkunde.* Jena, 1921.

KLEINSCHMIDT H. *Aplastiche hämolytische Anämie in Kindesalter.* Jahrb. f. Kinderheik. Bd. 31, H. 1, 1915.

LAWRENCE WELD SMITH. *Report of an unusual case of aplastic anemia.* Am. Jour. of Dis. Children, III, 1919.

MAMERTO ACUÑA e A. CAZAUBON. *Anemias de la primiera infancia.* Arch. Latino. Ann. de Ped. I. 1923.

MAMERTO ACUNA. *Anemia perniciosa aplastica en la infancia.* Buenos Aires, 1915.

MANCINI UGO. *Contributo allo studio dell'a. splenica ps. leucemica infantum,* Rivista ospitaliera X, vol. XI, n. 1.

MENSI E. *Anemia perniciosa nell'età infantile (plastica e aplastica).* Pediatria, vol. 28, 1920, n. 17.

MOURIQUAND e BERTOSSE. *Anémie à type chlorotique d'origine tricocéphalienne.* Pédiatrie pratique, 1920, n. 7.

NEU OTTO. Münch. Med. Woch., 1921, n. 45.

PORTER PARKINSON J. *A case of aplastic Anaemia.* The Brit. Jour. of Children's Diseases, 1-2, 1919.

RAFFAELLI G. *Un caso di anemia splenica infantile curato coi raggi X.* Gazz. degli osp. e cl., 94, 1912.

RÉNON e TIXIER. *Anémie pernicieuse traité por la Radiothérapie.* Soc. de Biol., 1905, p. 404 e Soc. Méd. des Hôp., 1906, p. 260.

RASTOSKI. *Ueber die perniziöse Anämie.* Wilner Med. Woch, 1924, n. 1.

SCHABLIN S. *Un caso di anemia da tricocephalus dispar.* Soc. Med. int. e Ped., Vienna, 31, X, 1912.

ZAMBONI. *La röntgenterapia nell'anemia splenica infantile.* Riv. Clin. Ped., 1908, n. 7.

COMMENTI.

Ancora su Agostino Bassi.

Riceviamo:

Chiar.mo Direttore de «Il Policlinico» Roma.

Con ritardo ho letto il n. 33 del giornale e con gradita sorpresa ho visto, a p. 1088, in un commento a «Fra le grandi scoperte mediche» del n. 31, ricordato il mio richiamo all'A., per l'omissione dell'esempio forse più dimostrativo della sua tesi: il lodigiano Agostino Bassi.

Senonchè laddove in esso s'afferma che «per tal modo egli (A. Bassi) fu il vero fondatore della teoria infettiva... » si aggiungeva pure: «... Luigi Pasteur nella sua onestà scentifica non mancò di riconoscere e proclamare l'importanza capitale dell'opera compiuta dal Bassi». Poichè la ragione della giusta crociata bandita dalla Società Medico-Chirurgica Pavese, presieduta dal prof. Emilio Alfieri (e cioè da colui che nella commemorazione di Luigi Pasteur — 12 gennaio 1923 — ricordò, per quanto era ve ità e giustizia, Agostino Bassi, gettando così la parva favilla che secondò la gran fiamma suscitata poi per primo dal prof. Carlo Riquier con la riproposta di ristampa delle opere bassiane, e dipoi dalla fulgida schiera che va dal Bertarelli al Bajla e dal Grassi al Sanarelli) era proprio la riparazione dell'ingiustizia d'essere stato il Pasteur riconosciuto invece del Bassi il fondatore della teoria infettiva, questa ragion d'essere cadrebbe se fosse in tutto vero, e me lo augurerei, quanto si afferma nel «Policlinico». Infatti l'ammissione e la proclamazione del Pasteur avrebbe reso inutile questo fatale processo revisionista.

Il Pasteur, a quanto io so, parla bensì del Bassi ma una sol volta e in questi termini (vol. I, p. 22, de' suoi «Etudes sur le maladie des vers a soie» — del 1870, cioè a diciassette anni — dall'ultima pubblicazione che il Bassi dettò cieco «Della natura dei morbi ossia dei mali contagiosi Ed. Wilmant» e a quattordici dalla sua morte: «Si sapeva dopo l'anno 1835 delle ricerche precise del prof. Bassi di Lodi, confermate dalle esperienze dell'Audouin, che questa malattia (il calcino) doveva essere riferita allo sviluppo nel baco o nella crisalide di un parassita vegetale designato col nome di *Botryte Bassiana* in omaggio a colui che per primo l'aveva descritta e ne aveva fatto conoscere i funesti effetti» Riquier - A. B 1923.

Dunque il Pasteur si limitava a dire poco ed incompletamente del Bassi: constatava appena quanto già era in Francia acquisito da anni e per cui il Lodigiano aveva conseguito il raro premio per gli stranieri della decorazione della Legion d'onore.

Non rilevò il Pasteur (e davvero mi par strano che alla sua gran mente, e mente volta ad una identica mèta, sia sfuggita la parte veramente fondamentale e rivoluzionaria della scoperta bassiana) l'essenza dell'« utile trovamento » cioè la legge tratta dal Bassi: che sempre ad un proprio e particolare microbio doveva essere imputata la causa d'ogni malattia contagiosa umana compresa « *la rabbia canina*, il vajolo, il cholera, la malaria, la peste orientale, la petecchia, la sifilide ».

Egli ancor scrive — 1835 « Questa mia produzione pare che interessar debba non solo l'educatore del filugello, ma i cultori tutti delle Scienze Naturali potendo d'essa togliere forse alcune delle tante anomalie che ci presenta la dottrina dei contagi in generale e spargendo nuova luce recar forse l'aurora di nuove scoperte in argomento tanto importante e tuttora oscuro ».

Ed altrove: « Sebbene assai grande sia il vantaggio che produsse la mia scoperta della natura del Calcino essendosi per essa potuto rinvenire più modi di combattere il fiero malore, siffatto vantaggio quantunque molto grande, come dissi, può riguardarsi *un nonnulla* in confronto di quello che ci apporta la preziosa conoscenza scaturita dalla stessa scoperta sulla natura del Calcino, cioè che tutti i contagi, nessuno eccettuato, sono tutti prodotti da esseri parassiti vegetali ed animali ». P.teva, signor Direttore, scientificamente essere detto più e meglio esaurientemente di così?

La ristampa del « monumentun aere perennius » bassiano, delle sue opere cioè, sarà la serena ed incombattibile dimostrazione che Agostino Bassi e non altri fu il fondatore della teoria parassitaria e della cura antisettica: e ridare a Bassi quello che è sacrosantamente di Bassi non è togliere a Pasteur quello che veramente è di Pasteur. La verità è obbiettiva e nessuna passione può dolersi che essa finalmente risplenda.

Ossequi
Dott. Ferruccio Cicardi.

Maleo (Milano).

SUNTI E RASSEGNE.

FEGATO E VIE BILIARI.

Valore semeiologico della prova di Meltzer-Lyon.

(Mm. CHIRAY e MILOCHEVITCH. *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3 luglio 1924).

In due comunicazioni precedenti gli AA. hanno esposto i risultati delle loro ricerche relative alla tecnica e al valore teorico della prova di Meltzer-Lyon, mentre nella nota attuale si propongono di studiarne il valore pratico. I dati semeiologici della prova riguardano sia la modalità della risposta vescicolare, sia lo stato fisico, istologico, clinico e batteriologico della « bile B ».

La risposta vescicolare, quando non è normale, può essere di tre tipi.

a) *La prova di M. L. è interamente negativa*: quando cioè neanche una goccia di bile densa si svuota durante l'esame. Prima di ammettere la negatività della prova è necessario ripetere nella stessa seduta e nelle successive l'istillazione magnesiaca, o ricorrere a qualche manovra come la espressione della vescichetta biliare attraverso la parete. Vi sono infatti casi in cui il riflesso duodeno- vescicolare può essere più o meno difficile a provocare. La prova però non può essere decisamente e costantemente negativa in soggetti normali. Le cause che impediscono il riflesso duodeno-vescicolare possono essere di ordine anatomico, come l'otturazione del canale cistico e la colecistectomia, o funzionale come la pericolecistite estesa, generalmente associata a una colecistite cronica di grado variabile. In alcuni casi è stata negativa la prova con la soluzione di peptone, e positiva con il solfato di magnesio, il che dimostrerebbe la esistenza di uno spasmo dell'ampolla di Vater, con un rlasciamento antagonista della vescicola, che cederebbe all'azione del solfato di magnesio che dilata la parete duodenale.

b) *La prova di M. L. è quasi negativa, ma dà qualche goccia di « bile B »*. In tal caso se si è ottenuto prima di queste gocce di «bile B» una « bile A » nettamente meno colorata della « bile C » si può concludere che i piccoli afflussi vescicolari che normalmente rendono più scura la « bile A » sono indubbiamente soppressi da un ostacolo cistico incompleto, poichè la contrazione vescicolare provocata è capace di vincere almeno parzialmente l'ostacolo. Ci si trova di fronte con molta probabi-

lità a una vescichetta contenente calcoli. Se invece si ottiene prima delle gocce di bile densa una « bile A » più colorata del normale e indubbiamente più della « bile C » si può concludere che il canale cistico è ostacolato nella sua contrazione da una pericolecistite adesiva a cui si aggiunge un certo grado di sclerosi vescicolare.

c) *La prova di M. L. è positiva, ma dà una quantità normale o forte di « bile B » molto carica, e quasi nera.*

Si tratta allora di stasi biliare provocata da un disturbo della vescichetta che non si svuota regolarmente. Bisogna pensare alla colecistite cronica, specialmente se si trova una bile scura e con riflessi verdastri, dovuti alla biliverdina, prodotto di ossidazione della bilirubina, reso possibile dal ristagno della bile infetta. In altri casi può essere dovuta alla distensione prolungata della vescichetta, che ha perduto in parte la sua contrattilità, e alla compressione o aderenze di organi vicini.

La bile da stasi può infine ritrovarsi in casi nei quali il riflesso duodeno-vescicale normale è turbato. Tale osservazione è stata fatta in casi di tabe con crisi gastriche.

Sintetizzando i risultati dell'esame fisico, istologico, e batteriologico, della « bile B » si possono distinguere, indipendentemente dal tipo di risposta vescicolare, i dati della prova di M. L. nella colecistite non calcolosa, e quelli relativi alla litiasi biliare e alla colecistite calcolosa.

Nel 1° caso l'infezione vescicolare può essere immediatamente rivelata dall'aspetto macroscopico della « bile B » spessa e torbida, di colore bruno carico, verdastro, contenente fiocchi di muco e talvolta ammassi purulenti. Nei casi più semplici e di media intensità si constata, nei preparati microscopici della «bile B», una quantità più o meno abbondante di linfociti, di mono e polinucleati, il che contrasta con l'assenza o con l'estrema povertà in elementi cellulari del liquido normale. Perchè questa constatazione abbia tutto il suo valore occorre che l'esame parallelo del liquido gastrico e della «bile A e C» sia pressochè negativo.

Nella colecistite suppurata. si può trovare già all'esame microscopico dei grumi pesanti o un liquido francamente purulento.

La « bile B » in tali casi intensi non è nè molto colorata nè molto concentrata.

Nella litiasi biliare e nella colecistite calcolosa la prova di M. L. dà elementi diagnostici importanti, e permette di apprezzare il grado di reazione della mucosa vescicolare mostrando i segni della colecistite nelle varie tappe.

È stato dimostrato che nella litiasi biliare semplice la « bile B » è povera di colesterina, come se la bile vescicolare divenisse incapace di mantenere la colesterina in soluzione. In altri casi la prova di M. L. fornisce delle minuscole concrezioni calcolose brunastre descritte col nome di « *calcolini* », dei veri calcoli in miniatura che hanno un valore decisivo per la diagnosi di litiasi. Nei casi di litiasi avanzata la prova di M. L. mostra i segni di colecistite e pericolecistite già descritti.

Dalle loro osservazioni gli AA. concludono che la prova di M. L., liberata dai vari errori di tecnica, costituisce un elemento di informazione di grande interesse, a cui bisognerebbe sempre ricorrere prima di intraprendere un trattamento medico o un intervento chirurgico per una affezione del quadrante superiore destro dell'addome.

A. PICCINELLI.

Differenze evolutive della cirrosi del fegato fra l'uomo e la donna.

(A. CHAUFFARD e P. BRODIN. *Académie de médecine*, 6 maggio 1924).

Gli AA. osservano che la descrizione classica delle cirrosi venose del fegato con la suddivisione schematica delle fasi preascitica, ascitica e cachettica terminale non risponde sempre alla realtà e che occorre differenziare i modi evolutivi dell'uomo da quelli della donna. Dalle statistiche degli AA. del 1922-23, risulta anzitutto una maggiore proporzione delle donne anzichè degli uomini (16 contro 7), ciò che è contrario a quanto si ammette generalmente. Inoltre il processo nella donna è più polimorfo e caratterizzato da attacchi evolutivi che modificano ed aggravano la prognosi.

Le malate degli AA. si possono suddividere in 4 gruppi. Nel primo (3 casi, 2 con fegato grosso, in uno atrofico), si sono avute durante il decorso delle tubercolosi pleurali con versamento. In un secondo gruppo (4 casi) l'ascite scompariva dopo una o più punture. Tutte avevano fegato grosso; in tre la Wassermann era positiva e la guarigione ha seguito il trattamento specifico. Si può quindi ammettere che si trattasse, se non di sifilide epatica, di cirrosi svolgentesi su organismo sifilizzato.

In un terzo gruppo (4 casi di cui 3 con fegato grosso) il miglioramento con riassorbimento dell'ascite fu seguito dopo qualche mese da ricaduta con ripetizione dell'ascite e morte più o meno rapida. Un quarto gruppo (5 casi) corrisponde alla sindrome descritta sotto il nome di ittero-ascitica, caratterizzata dalla

comparsa di un ittero franco, seguito dall'ascite più o meno abbondante. Tutte sono morte, salvo una, con Wassermann positiva, guarita col trattamento specifico.

Negli uomini invece, l'ascite ha rese necessarie numerose punture, che hanno evacuato complessivamente da 25 a 85 litri; non si osservò alcuna complicazione.

Risulta da queste osservazioni la differenza dei due tipi di cirrosi; quella delle donne sarebbe caratterizzata da attacchi evolutivi, quali si osservano anche in altre malattie croniche, anzitutto nella tubercolosi, ma anche nelle cardiopatie, in certe nefriti croniche, ecc. Negli uomini, predominano gli accidenti di sclerosi atrofica, nelle donne quelli di insufficienza epatica e di epatite sclero-grassa con fegato ipertrofico. Tale differenza non è spiegata dall'eziologia, che è la stessa per gli uomini come per le donne, l'alcoolismo e la sifilide. Gli AA. invece spiegano la differenza con la diversa resistenza del fegato nell'uomo, che avrebbe una maggiore tolleranza, come caso particolare della sua maggiore robustezza. La maggiore frequenza attuale della cirrosi fra le donne potrebbe attribuirsi ai più lauti guadagni, che esse hanno realizzato durante la guerra, guadagni di cui esse non hanno fatto sempre un buon uso. Si tratterebbe di vere cirrosi del dopo guerra; questo aumento dell'alcoolismo e delle cirrosi fra le donne è stato confermato anche da altri osservatori.

fil.

Il fegato organo di escrezione e azione delle sostanze " coloeretiche ", specie dell'atofan.

(TH. BRUGSCK e H. HORSTERS. *Med. Klin.* XX, n. 20, 18 mai 1924).

Gli AA., partendo dal concetto che la bile è un escreato, piuttosto che un secreto, contenente il 40 % circa delle sostanze solide rispetto all'urina, ne rivendicano il valore che in patologia deve avere quale mezzo di eliminazione delle scorie organiche, capace tra l'altro di aumentare in modo notevole la propria attività, in caso di lesione dell'attività eliminatoria del rene.

Conservando quindi il nome di « colagoghe » alle sostanze capaci di far espellere la bile, propongono di distinguere col nome di « coloeretiche » quelle atte ad accrescere la secrezione biliare, pur riconoscendo che facilmente si passa dall'azione coloeretica alla colagoga perchè, a un certo punto, l'aumento di pressione per l'accumulo della bile prodottasi, ne facilita meccanicamente l'espulsione. In ogni modo, con le nuove vedute patogenetiche degli itteri, tali sostanze coloeretiche acquistano un valore terapeutico eccezionale.

I coloeretici più attivi sarebbero gli acidi biliari; ma questi purtroppo non possono venir impiegati in terapia, perchè in condizioni morbose se ne trovano già in eccesso nel sangue, costituendo uno dei maggiori pericoli del complesso colemico. Tra tutti gli altri mezzi sperimentati: salicilato di sodio, caffeina, novasurol, alcool a 96°, veronale, atoxil, adrenalina, pilocarpina, ecc., la sola insulina si è manifestata veramente attiva, ma occorrono ancora ulteriori esperienze per stabilire se tale azione è costante.

È invece l'atofan che, somministrato per via orale, endovenosa, endomuscolare, ha dato sperimentalmente agli autori resultati sorprendenti, aumentando l'escrezione biliare dall'8 per cento all'864 %. E che si tratti di un reale aumento dell'escrezione, lo prova il fatto che in tutte le esperienze aumentarono di pari passo il contenuto secco e l'eliminazione dei pigmenti biliari.

Passando all'applicazione pratica, K. Grunenberg e H. Ullmann della stessa clinica medica della Charité in Berlino (*Med. Klin. Ibid.*), prelevando con speciale tecnica il succo biliare con la sonda di Einhorn, dopo l'iniezione endovenosa di una fiala di atofan, hanno ottenuto resultati ugualmente probativi. In due casi d'ittero catarrale si constatò un rapido aumento della quantità della bile escreta e della concentrazione della bilirubina, mentre la bilirubina del siero sanguigno diminuiva di pari passo. A tale reperto fece riscontro il netto miglioramento subiettivo e obiettivo del malato. In un caso di fistola biliare per cistoadenoma portale operato, essendo venuto a un certo momento ad arrestarsi il deflusso della bile, con ricomparsa dell'ittero nel paziente, le iniezioni di atofan ebbero eguale ottimo effetto. Tale osservazione serve anzi a dissipare il dubbio che il medicamento possa agire aumentando il deflusso della bile dalla vescichetta biliare, per stimolo di natura vegetativa. In ogni modo, per eliminare del tutto tale dubbio, gli AA. hanno ogni giorno praticato contemporaneamente il dosaggio dell'urobilinogeno nelle feci, nel siero e nell'urina, giungendo a resultati concordi. M. F.

Quando dobbiamo operare i calcolosi delle vie biliari?

(KIRSCHNER, *Zeit. f. Chir.*, 1924, 83)

Oggi fra i chirurgi regna generalmente accordo sul principio che ogni calcolosi biliare, quando sia riconosciuta certamente come tale e se non ci sono controindicazioni, debba es-

sere operata. Spetta loro condurre a questo punto di vista anche gl. interinati e i medici pratici.

Ma se tale è l'accordo sul concetto di dover operare, quanto poi al momento di operare nel caso singolo si ritiene in generale che convenga farlo durante un periodo intervallare della malattia. Questa opinione si appoggia sui principi teoretici che ad operare un processo infiammatorio acuto del sistema biliare ci sia grande pericolo d'infezione per la cavità addominale iliaca, che l'esatta preparazione anatomica delle vie biliari sia, nello stadio infiammatorio acuto, difficile o impossibile, e che i malati, indeboliti dall'attacco acuto e facili all'emorragia per l'ittero, siano dei cattivi soggetti operatorii.

In parte guidato da considerazioni teoretiche, in parte appoggiato a risultati favorevoli sempre più numerosi, l'A. è giunto da 1 anno e mezzo ad operare i calcolosi delle vie biliari possibilmente durante l'attacco acuto.

Dopo aperto il peritoneo, prima di togliere eventuali aderenze e preparare il sistema biliare, l'A. circoscrive l'intero focolaio morboso separandolo dalla libera cavità addominale per mezzo di compresse, chiudendo anche, con tamponamento, il forame di Winslon. Toglie allora la barriera di aderenze esterne e asporto il focolaio principale della flogosi, la cistifellea, di solito intera. Ma anche che avesse a rompersi, si toglie ogni pericolo al contenuto asciugando opportunamente. Lo stesso vale per il contenuto del coledoco, che ne esce durante la resezione cutanea di questo organo.

L'apertura di questo ascesso intraperitoneale non è, durante l'attacco acuto, più pericolosa che dopo alcune setimane, quando le raccolte purulente si trovano ancora di solito, durante le operazioni a freddo, in forma addensata.

Nessuna operazione in periodo acuto fu seguita da diffusione affettiva alla cavità addominale. Viceversa, fenomeni peritonitici eventualmente presenti, regredirono dopo l'operazione radicale in attacco più rapidamente di quanto non si sia solito vedere nel regolare decorso di un attacco grave. L'operazione in periodo acuto è la sola protezione sicura contro il pericolo di diffusione che nell'attesa passiva è sempre presente.

L'A. non chiude mai la parete addominale per prima nemmeno a freddo, quando l'operare a caldo non porta, da questo punto di vista, alcun danno, perchè, anche operato a caldo, il tamponamento e il drenaggio possono essere molto limitati.

La preparazione delle vie biliari e, a caldo, molto più facile di quanto non lo sia talvolta a freddo.

L'emorragia parenchimatosa è, al primo momento, più considerevole, ma è compensata riccamente dalla facilità e dalla rapidità della preparazione.

Si incontrano inattese grandi difficoltà tecniche? Si può sempre ridurre l'operazione a un mezzo palliativo: apertura d'ascessi, colecistotomia, coledocostomia. Lontano dal far danno, si può invece, per questo mezzo, arrestare a tempo un pericolo non riconosciuto prima dell'operazione.

Certo, le forze di alcuni malati sono, durante l'attacco acuto, compromesse. Ma, tanto più lo saranno, quanto più l'attacco dura; e non si può mai sapere con sicurezza se, alla fine di un periodo critico, intervenga la risoluzione spontanea dell'attacco, o non piuttosto una minacciosa complicazione con la necessità di un'operazione d'urgenza. Come non si può sapere nemmeno se, risolto pure spontaneamente l'attacco, il periodo intervallare avrà lunghezza sufficiente per il completo ristabilimento del malato o meno.

L'esperienza dell'A. insegna che i malati sopportano egregiamente l'operazione in periodo acuto: non solo; ma insegna inoltre che la terapia causale, l'eliminazione della causa morbosa è anche in questo caso il mezzo più sicuro per la rapida guarigione.

Il periodo di emorragia per ittero non costituisce, secondo l'A., una controindicazione perché egli non l'ha constatato mai, e anche sotto questo riguardo non si può mai sapere se un ittero manifestatosi in periodo acuto scomparirà o si tramuterà in ittero cronico.

L'A. non drena mai il coledoco, né a freddo nè a caldo: quindi, sotto questo riguardo, l'operare in periodo acuto non costituisce una complicazione.

In periodo acuto i malati facilmente si decidono all'operazione, mentre, passato l'attacco, non ne vogliono sapere. E infine, una operazione radicale eseguita durante l'accesso risparmia settimane e mesi di capacità lavoratoria.

Operare in periodo d'attacco significa equiparare l'operazione ad un'operazione per ernia strozzata.

Nel più dei casi è anzi consigliabile di prima provare per un giorno il malato, facendolo dormire a mezzo di narcotici, vuotandogli sufficientemente l'intestino e rinforzandone il cuore. Ma questi devono essere soltanto provvedimenti preparatorii all'operazione, la cui

esecuzione non deve essere punto dilazionata per il fatto di un sopravveniente miglioramento.

Tutto sommato: nessun fondamento contro l'operazione radicale in periodo acuto, è invece molto a favore.

B.

Ostruzione del coledoco da fasciola hepatica.

(G. MAURY e R. PELISSIER. *La Presse Médicale*, n. 20, 1924, pag. 213).

Gli AA. riferiscono questo caso di ostruzione del coledoco, già comunicato alla Società di Medicina di Algeri il 5 maggio 1922.

Oss.: donna, di a. 43, maritata, ha due figlie di 18 e 20 anni, dimora in Algeria da 2 anni.

Da 10 anni coliche epatiche ad intervalli 2-3 mesi ed un anno al massimo, non accompagnate nè da febbre, nè da ittero e che duravano una settimana. Dall'8 febbraio al 10 aprile 1922 tre coliche, delle quali l'ultima, violentissima, era accompagnata ad ittero ed abbondante vomito biliare. Punto doloroso localizzato alla pressione a 6 cm. dalla linea mediana, a destra, sulla ombelicale trasversa.

Diagnosi clinica: litiasi biliare con ostruzione incompleta del coledoco da calcolo.

All'operazione si rinviene cistifellea grande, riempita di bile, non contenente calcoli, libera di aderenze, cistico di calibro normale; coledoco dilatato, di dimensioni triple del normale e non si percepiscono calcoli. Un'esplorazione attraverso un'incisione del dotto in parola, praticata fino al duodemo estrae un corpo estraneo di aspetto foliaceo, che è una *fasciola hepatica*, avvolta su se stessa. Una spremitura del coledoco non dà altro. Sutura dell'incisione del coledoco, drenaggio in corrispondenza di questo zaffo del cavo, esteriorizzazione attraverso la ferita della parete, che nel rimanente viene suturata a tre piani. Guarigione.

Le ricerche delle uova del parassita nelle feci erano state negative. L'ammalata riferisce che all'inizio dei suoi disturbi viveva in paese nel quale vi era un'epizoozia mortalissima per le pecore. La distomatosi epatica da *fasciola*, frequente negli animali domestici è rarissima nell'uomo: 36 casi dei quali 15 furono scoperti all'autopsia. Negli altri casi si trattava di distomatosi ematica oppure i parassiti furono emessi con le feci in seguito a purgante, col vomito. Un altro caso già pubblicato da Villard e Bocca fu riconosciuto, come quello degli Autori, all'intervento chirurgico.

JURA.

UROLOGIA.

Un nuovo metodo di indagine per la diagnosi precoce di tubercolosi renale.

(TH. HRYNTSCHAK. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 3 apr. 1924, n. 14).

La diagnosi di tubercolosi renale è facile, quando si riscontrano le tipiche lesioni della mucosa vescicale o si rinvengono i bacilli di Koch nell'urina estratta mediante cateterismo degli ureteri; ma altrettanto può non essere semplice nei casi precoci, in quelli specialmente che più si avvantaggerebbero da un intervento chirurgico e che portano con sè la speranza più fondata di una guarigione definitiva.

Ordinariamente ci serviamo dei seguenti metodi di indagine:

1) lo studio clinico accurato dell'infermo, il suo aspetto; le manifestazioni tubercolari negli altri organi specialmente nell'apparecchio genitale; la reazione alla tubercolina; la reazione di Wildbolz nell'urina; la piuria, l'ematuria, il reperto palpatorio sul rene e l'uretere, le anomalie della minzione, il decorso termico;

2) i risultati della cistoscopia e del cateterismo degli ureteri: cioè diminuzione della capacità vescicale, noduli tubercolari ed ulcerazioni della mucosa, alterazioni caratteristiche dello sbocco ureterico; la prova delle funzionalità renale specialmente col carmino d'indigo;

3) radiografia e pielografia.

Escludendo quei casi in cui il reperto positivo del bacillo di Koch nel sedimento facilita la diagnosi, negli altri casi si ricerca la conferma batteriologica coll'inoculazione alle cavie del sedimento dell'urine. Ma anche la prova degli animali può riuscire negativa pur essendo tubercoloso il rene che ha fornito il materiale di inoculazione.

Quest'ultimo fatto dipende spesso dal ceppo batterico che ha prodotto l'infezione.

Löwenstein nel 1913 pubblicò quattro casi di infezione tubercolare del tipo aviario (b. gallinaceus); e Ioannescu afferma, citando altri casi, che il bacillo tubercolare del tipo gallinaceo ha una particolare predilezione pel rene.

Inoltre questo ceppo non sarebbe patogeno per le cavie, e tutte le prove di inoculazione riuscirebbero negative. Löwenstein a mezzo di processi culturali propri, che l'A. non riporta, è riuscito ad isolare questi bacilli dall'urina: e, secondo la sua testimonianza, questo sarebbe possibile col 100 % di sicurezza.

La tubercolosi del rene sarebbe così rivelata in uno stadio molto precoce, prima che possa essere avvenuta qualunque localizzazione secondaria agli ureteri ed alla vescica.

A. VALENTINI.

La leucoplasia vescicale e la sua cura radicale.

(SAUVEUR. *Journal d'Urologie*, n. 6, 1923, t. XVI).

L'A. fa anzitutto rilevare come tale lesione sia spesso non conosciuta per mancanza di sintomi importanti. Basterebbe praticare sistematicamente la cistoscopia ai pazienti che presentano urine torbide per vedere che questa affezione non è punto rara. In tali malati spesso si pensa ad una *pielite* o *pielonefrite*. La statistica dell'A. si riferisce a *12 casi* di cui *11 in uomini da 20 a 36 anni* ed 1 in donna di 60 anni.

Definizione. — La leucoplasia vescicale è una malattia determinata da proliferazione con trasformazione cornea dell'epitelio fisiologico della mucosa vescicale, determinante delle placche biancastre i cui bordi ora netti ora irregolari, poco salienti, presentano spesso prolungamenti irregolari. Variabili per forma e numero sono per lo più uniche o raggruppate con sede nel basso fondo della vescica e con estensione fino al collo vescicale. Tra una macchia e l'altra la mucosa è normale; se la macchia è unica, è non poco estesa.

Sintomatologia. — I sintomi clinici assai vaghi si possono essenzialmente raggruppare in due categorie: *sintomi negativi* e *positivi*.

I sintomi negativi sono frenomeni secondari dell'affezione e non sono in rapporto diretto della lesione; i principali sono l'*ematuria* e la *cistite*.

L'*ematuria* mentre la maggior parte degli autori la considera come un sintoma clinico non è come tale considerata dal Sauveur poichè egli in *12 casi* non l'ha mai riscontrata e tale sintoma è per lo più dovuto ad *affezioni prostatiche*, ad *ulcerazioni sifilitiche*, a *tubercolosi*, ad *epitelioma*, affezioni spesso concomitanti.

Cistite. — Considerata da altri come sintoma è invece dall'A. presa come complicazione dopo *cateterismo*, turbe intestinali, ascesso prostatico. Curata convenientemente guarisce senza influenzare punto il decorso della malattia.

Sintomi positivi. — Sono di due ordini *frequenti* e *costanti*:

A) *Sintomi frequenti*: la *ritenzione*, la *poliuria*, la *batteriuria*:

1) La *ritenzione* è dovuta alla diffusione delle lesioni leucoplasiche dal segmento inferiore al collo vescicale. Le fibre liscie dello sfintere parzialmente modificate perdono la loro contrattilità e quindi sono insufficienti donde la ritenzione parziale.

2) La *poliuria* è dovuta alla ritenzione dell'urina e all'aumento della pressione intravescicale. L'eccitazione che determina si trasmetterebbe fino ai reni provocando secrezione esagerata.

L'aspetto delle urine leucoplasiche poliuriche, può far sospettare la coesistenza o meno della pielonefrite.

Occorre, quindi, praticare il cateterismo degli ureteri per ammettere od escludere tale lesione.

3) La *batteriuria* è esclusivamente vescicale. La sua origine può rilevarsi con doppio cateterismo.

La batteriuria scompare quando sono guarite le lesioni vescicali.

B) *Sintomi costanti.* L'unico è l'*intorbidamento delle urine*, che, in genere sono debolmente colorate, con peso specifico basso (1004-1010). Vengono eliminate in media, circa *tre litri di urina*.

La reazione è sempre acida.

Le urine appena emesse, raccolte in tre vasi conici, contengono piccole masse globose, simili ai granuli di tapioca, a filamenti corti e numerosi. Lasciano *sedimentare* le urine per 24 ore si formano *tre strati* nettamente distinti. Il *superiore*, se non vi è batteriuria, è molto chiaro, di colorito normale; al contrario, l'aspetto è opalescente; lo strato *medio* presenta un lieve sedimento, però trasparente; l'*inferiore* uno strato denso dovuto al precipitare degli elementi solidi.

L'*esame microscopico* dello strato inferiore fa rilevare la presenza di numerosi leucociti più o meno deformati, di cellule epiteliali, spesso in degenerazione cornea; se esiste batteriuria, si notano varii batteri e coli-bacilli.

Cause predisponenti. — La *ritenzione*, *cistite cronica*, *calcoli*, *medicazioni caustiche* sono dagli AA., per lo più considerate cause predisponenti; mentre il Sauveur non le considerava come tali, ammettendo che la leucoplasia è un'entità morbosa caratteristica.

Diagnosi. — Si fa in genere con l'esame cistoscopico.- Occorre differenziare la leucoplasia delle *granulazioni tubercolari all'inizio*, dalle *cicatrici di origine flogistica od irritativa*.

Eziologia. — Secondo alcuni la leucoplasia è considerata una manifestazione *tubercolare*, secondo altri *sifilitica*.

Nei *12 casi*, l'A. *in* 7 ha ottenuto la *Wassermann positiva*.

Decorso lento, alle volte la lesione resta stazionaria per anni.

La lesione, lasciata a sè, non guarisce, progredisce e conduce alla morte.

Spesso la lesione si trasforma in *epitelioma*.

Cura. — Antisettici urinari generali.

Taglio ipogastrico, raschiamento e cauterizzazione delle placche.

La *diatermia* è stata usata, ma non con grande risultato.

L'A. fa la cura *antisifilitica* per via *endovenosa*. *Neosalvarsan* con *cianuro di mercurio* (iniettandone 1 cmc. della soluzione al 0,25 %) e lo iodio in soluzione nelle regioni glutee.

Comincia con iniettare per via endovenosa 15 ctgr. di neosalvarsan sciolti in *10 cmc. di acqua distillata*, sterile, con qualche goccia di *etere* per evitare la crisi nitritoide.

Dopo 7 giorni, pratica la 2ª iniezione di 15 ctgr. di neosalvarsan; le due settimane seguenti fa 2 iniezioni di 30 ctgr. per volta e così di seguito fino a praticare le iniezioni di 30 centigrammi nelle 2 ultime settimane.

Ogni iniezione di neosalvarsan è seguita da 2 iniezioni endovenose di *cianuro di mercurio* ogni 3 giorni, di 1 iniezione di *iodio Wassermann* ogni 7 giorni.

Riassumendo l'A. pratica *12 iniezioni endovenose* di neosalvarsan; 24 endovenose di *cianuro di mercurio* e 12 intramuscolari di *iodio Wassermann*.

I risultati terapeutici sono stati sempre buoni. e l'azione della cura è stata energica e completa, con perfetta guarigione controllata cistoscopicamente. T. LAURENTI.

La sbarra interureterale.

(H. BLANC. *Journal d'Urologie*, numero 4, anno 1923, t. XVI).

L'A., riferendo due casi personali studiati nella clinica del Marion ricorda la letteratura sull'argomento, che è rappresentata da altri 11 casi di cui 8 appartengono allo Young e gli altri 3 rispettivamente a Deton Pasquereau e Caulk.

La *sbarra interureterale* è costituita da una sporgenza anormale della base del trigono, che si estende trasversalmente tra i due orifici ureterali, separando così la vescica in due, limitando un basso fondo vescicale più o meno considerevole. Tale anomalia è accompagnata da disuria, di varia intensità e che può giungere fino alla ritenzione completa o parziale.

Spetta ai chirurgi americani, e specialmente allo Young il merito di aver richiamato l'attenzione sull'argomento.

La *genesi* non è molto chiara: alcuni come lo Young l'attribuiscono *all'ipertrofia della prostata* più o meno avanzata, o alla presenza di un *lobo mediano;* per altri, come Pasquereau, la sbarra sarebbe dovuta alla presenza del *bassofondo vescicale anormale*. La vescica paretica si sarebbe lasciata distendere, eccetto che in corrispondenza del legamento interureterale, il quale, perciò, sarebbe divenuto sporgente, costituendo così la sbarra.

In realtà se le cause sono diverse ed oscure, tre concetti occorre tener presenti per spiegarne la genesi; e cioè:

1) La sbarra interureterale si è riscontrata unicamente nel sesso maschile.

2) Si è riscontrata solamente in individui sulla quarantina e oltre.

3) Mentre il Young ne ha osservati molti casi, il Marion, dopo *centinaia di cistostomie* e *migliaia* di *cistoscopie* non ne ha rilevata alcuna.

Quantunque imprecisabile nell'*eziologia* si deve pensare al *sesso*, *all'età*, alla *razza* probabilmente.

Sintomi e diagnosi. — I sintomi sono vari: le *turbe funzionali* sono simili a quelle del *prostatismo;* la sbarra interureterale presenta le turbe dell'ipertrofia prostatica. L'*irritabilità vescicale*, la *pollachiuria*, lo *spasmo* alla *fine della minzione* ne sono la conseguenza. Alle volte si riscontra l'*ipertrofia* del *lobo mediano*.

Se allora si toglie la prostata senza asportare il muscolo del trigono ipertrofico le turbe funzionali persistono ugualmente.

La ritenzione parziale o completa è costante. Lo Young l'ha sempre riscontrata. Se il paziente si infetta con il cateterismo, si avranno anche i sintomi della *cistite*.

La *diagnosi* di sbarra si fonderà sull'assenza dei segni fisici dell'adenoma prostatico, ma solamente la cistostomia e la cistoscopia permetteranno la diagnosi esatta.

La *facilità del cateterismo*, secondo l'A., potrebbe rappresentare un segno importante per la diagnosi differenziale con *l'ipertrofia prostatica*.

Prognosi e complicazioni. — La prognosi è varia. Il decorso è simile al prostatismo; mentre in alcuni tale malformazione passa quasi inavvertita, in altri si stabiliscono presto turbe gravi di interruzione, con le conseguenti infezioni per vie ascendenti.

Tra le complicazioni è da ricordare la litiasi.

Cura. — La *cura palliativa* è simile a quella che si fa nella *ipertrofia della prostata*.

La *cura chirurgica* consiste nel *taglio ipogastrico* e nell'*asportazione* dell'*ostacolo con incisioni antero-postariori o resezione*.

Lo Young toglie contemporaneamente il *lobo*

mediano prostatico e utilizza la via uretrale servendosi di una pinza speciale. Se la sporgenza è molto accentuata egli si serve del suo *cistoscopio trigonotomo* fornito di una finissima lama, che mette al sicuro dal ferire gli ureteri.

Lo stesso Young si serve anche della *via perineale;* ma la via di scelta è la *cistostomia soprapubica*, che permette una perfetta emostasi.

Ricostituito il piano vescicale si chiude la vescica con *drenaggio* del Retzius nei *casi non infetti*, mentre *negli infetti* si lascerà *aperta* e si drenerà alla *Freyer Marion* curando contemporaneamente l'*infezione*.

Le *correnti ad alta frequenza* mai usate fino ad ora, potrebbero forse, secondo l'A., dare dei buoni risultati terapeutici.

T. LAURENTI.

Il meccanismo dell'ostruzione prostatica.

(SWIFT JOLY. *Proceedings of the Royal Soc. of Med.*, maggio 1924).

La disuria dei prostatici sarebbe dovuta a una delle seguenti cause:

1) A una lesione primitiva della muscolatura vescicale.

2) Ad alterazioni dello sfintere vescicale che si manifesterebbero con uno spasmo, dovute all'ingrossamento della prostata.

3) Ad un ostacolo meccanico rappresentato specialmente dal cosidetto lobo medio.

4) A più di una di queste cause associate insieme.

L'A. espone una teoria personale sul meccanismo di ostruzione, escludendo però le ritenzioni nei cancri della prostata e nelle prostatiti fibrose e in generale in quelle malattie nelle quali si ha una infiltrazione dei tessuti, del collo vescicale, nelle quali la ritenzione è dovuta a una vera stenosi del meato uretrale interno e dell'uretra prostatica. La ritenzione sarebbe dovuta alla pressione endovescicale che si trasmette su quel tratto di uretra che per l'ingrossamento della prostata risale e fa sporgenza in vescica e sarebbe in ragione diretta della pressione endovescicale, dell'altezza della parte ipertrofizzata sporgente e in certo modo in ragione inversa del raggio della base di questa parte. Il fattore più importante sarebbe l'altezza. Dall'enunciazione schematica della sua teoria nella quale si suppone come conica la protrusione della prostata in vescica, l'A. passa all'applicazione pratica di essa nella forma più comune di ipertrofia della prostata. Cioè di ipertrofia dei due lobi laterali o del solo lobo medio o di tutti e tre insieme. In queste forme le sporgenze formate dai lobi ipertrofizzate sono divise da solchi che non giungono però fino a livello del trigono. La pressione endovescicale produce un addossamento di questi lobi e costringe i solchi che li dividono. Se però questi giungono fino al pavimento vescicale allora l'occlusione non potrà mai essere completa e sarà possibile lo svuotamento della vescica. Con l'operazoine di Bottini non si fa altro che praticare una fessura che giunge fino al pavimento vescicale.

Per spiegare la ritenzione incompleta l'A. afferma di avere osservato, direttamente esplorando la prostata col dito attraverso una incisione soprapubica, che la glandola aumenta in altezza in vescica mano mano che questa si vuota. Siccome ha dimostrato prima che la ritenzione è in ragione diretta dell'altezza nella prominenza in vescica della prostata, così si giungerà ad un punto nel quale l'urina non potrà più defluire.

Inoltre la ritenzione si osserva tanto più facilmente quanto più la prostata forma una sporgenza le cui pareti sono perpendicolari al trigono e sottili. Ecco come con la teoria dell'A. si possono spiegare le gravi ritenzioni che si hanno con prostate anche molto piccole mentre prostate grandi, ma a larga base permettono ancora un certo svuotamento della vescica.

M. ASCOLI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

L. BARRÉ. *Croissance et carence alimentaire*. Un vol. in-8° gr. di p. 126 con 6 grafiche. Parigi, 1924. Manon et Cie. editori. Prezzo fr. 8.

L'A. espone con molta chiarezza e con molto ordine gli effetti della carenza alimentare sullo sviluppo. In una prima parte analizza, in base ai dati acquisiti, le carenze dei singoli costituenti alimentari: grassi, idrocarbonati, azotati e sovratutto principii minirali (così dette vitamine). Poi applica queste nozioni ad una serie di esperienze proprie, nonchè alla clinica, di cui lumeggia i quadri; precisa così l'influenza della decorticazione, della sterilizzazione, del disseccamento, dei regimi esclusivi, dalle sostanze anticorbutiche. Infine raccoglie le conclusioni pratiche di questo studio, che si chiude con le conclusioni e con una scelta bibliografia.

Il lavoro, presentato quale « tesi di Lione », reca una prefazione del Mouriquand.

R. B.

P. ENRIQUES. *L'eredità nell'uomo*. Prezzo L. 32. Casa Editrice Francesco Vallardi, Milano.

Il movimento eugenico che si sviluppa con tanta fede negli Stati Uniti d'America e nei paesi del Nord Europa, è appena abbozzato in Italia. Scrivere in italiano un libro che esponga e definisca lo stato attuale delle conoscenze sui modi di trasmissione dei caratteri normali e patologici nell'uomo significa porre le basi per l'impostazione dei mezzi atti ad arrestare il progressivo deterioramente della nostra razza. Paolo Enriques, l'egregio zoologo di Padova, ha assolto questo compito.

Egli espone in buona lingua e con molta chiarezza le leggi dell'eredità generale, dell'eredità dei caratteri normali ed anormali, assurgendo quindi a considerazioni di natura sociologica sul miglior modo di trar profitto da questi studi per i fini eugenici.

L'A. riporta i fatti e le teorie finora acquisiti, e su tutto espone il proprio pensiero incline alla più rigorosa prudenza e scevro di ogni faciloneria o semplicismo.

Il libro, che si presenta con veste tipografica elegante e comoda, è illustrato da molte figure.

G. DRAGOTTI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Presidenza: Prof. RODOLFO STANZIALE, presidente.

Seduta ordinaria del 22 giugno 1924.

Contributo allo studio dei corpi mobili articolari.

Dott. GIUSEPPE ROMAGNOLI. — L'O. presenta due corpi mobili tolti dal ginocchio destro di un operato e che pesano gr. 53.70, ed il primo, lungo cm. 5 ½, largo cm. 4 ½, spesso cm. 2; il secondo lungo cm. 7, largo cm. 5, spesso cm. 2 ½. Essi sono quindi i più grossi finora trovati.

L'indagine istologica di essi mostra che sono costituiti per massima parte da tessuto connettivo completamente calcificato, privo di vasi sanguigni.

L'O. ritiene quindi che questi corpi mobili articolari siano originati da proliferazione delle cartilagini articolari, staccate di poi e cadute nella articolazione per effetto dei movimenti di questa, e che questa primitiva proliferazione cartilaginea sia dipendente dal complesso disturbo trofico di tutti i tessuti articolari e periarticolari, indotti da quell'entità morbosa che va sotto il nome di artrite deformante.

A. CHISTONI.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche.

Seduta del 24 giugno 1924.

Presidenza: Prof. PASINI, presidente.

Saggi di terapia biologica del carcinoma dei genitali femminili. (Innesti di organi antiblastici).

MIRTO F. e ODESCALCHI I. — Gli studi moderni, specialmente per opera di italiani fra cui sta in primissima linea Fichera e la sua scuola, hanno messo in evidenza, che vi sono organi che favoriscono lo sviluppo dei tumori maligni, mentre altri lo ostacolano. La milza ed il timo godono di un elevato potere antiblastico, dimostrato sperimentalmente coll'ablazione, coll'innesto del tumore fatto in sito e cogli estratti.

D'altro canto la considerazione che nei bambini, in cui specialmente il timo è in grande attività, i tumori sono rarissimi, ci ha suggerito l'idea di provare l'innesto di milza e di timo, isolati o abbinati, prelevati da feti umani sani venuti a morte per accidenti del parto, in donne con carcinoma dei genitali femminili ed inoperabili.

Gli innesti sono stati fatti col sistema Voronoff per grandezza e spessore e fissati extraperitonealmente sul peritoneo parietale lasso della regione ipogastrica, a cui si arriva facilmente con breve incisione della pelle e dell'aponeurosi e divaricando i retti addominali.

I casi trattati sono quattro e riguardano carcinomi del collo dell'utero con diffusione ai parametri. Qualunque conclusione sarebbe prematura per il breve tempo da cui data l'innesto, circa 2 mesi, e gli OO. la riservano ad altra comunicazione quando i casi saranno più numerosi ed i risultati più probativi.

Un caso di tisi polmonare in un soggetto cardiopaziente guarito mediante trattamento con pneumotorace artificiale secondo Forlanini.

REINA G. — L'O. illustra sommariamente le indicazioni e le controindicazioni del pneumotorace nella terapia della tisi polmonare. Si sofferma a trattare in modo particolare del pneumotorace nei riguardi delle cardiopatie. Dimostra che le cardiopatie non devono rappresentare, come hanno rappresentato finora, una netta controindicazione alla concezione terapeutica di Forlanini. Presenta un caso di cura bene riuscito.

L'O. ha mantenuto sempre nello speciale trattamento terapeutico pressioni endopleuriche solo leggermente positive.

Le modificazioni della secrezione pepsinica, cloridrica e pancreatica nell'intossicazione saturnina considerate dal punto di vista anatomo-fisio-patologico.

REINA G. — L'O. in una serie di ricerche sperimentali su cani sani e su cani intossicati col piombo, a digiuno e durante la digestione, ha rilevato che nel saturnismo acuto e cronico è notevol-

mente diminuito il potere secretivo delle cellule fondamentali della mucosa dello stomaco e che mentre a digiuno nei cani sani queste cellule sono ricchissime di granuli rifrangenti, i granuli pepsinici, destinati a scomparire durante la digestione, nei cani trattati a lungo con dosi tenuissime di composti di piombo sono scarsissimi.

Seguendo i metodi di tecnica microscopica usati da Heidenhain e dalla sua scuola, l'O. ha pure eseguite ricerche analoghe sul tessuto pancreatico di cani uccisi tre ore dopo il pasto: anche nel pancreas i granuli di zimogeno diminuiscono sotto l'azione tossica del piombo, mentre le cellule degli acini subiscono per la stessa ragione meno evidenti modificazioni di forma durante il periodo funzionale.

Osservazioni sulla cura del diabete mellito, mediante l'«Insulina».

VISENTINI A. — Richiamata l'attenzione sugli studi, specialmente italiani, di istologia e fisiopatologia del pancreas, i quali hanno preceduto la recente scoperta dell'insulina, l'O. rivendica a sè la priorità della dimostrazione definitiva della peculiare funzione delle isole del Langerhans: e ciò fin dal 1913-14, data di pubblicazione della memoria del Visentini, che ha ottenuto il Warren Triennal Prize di Boston (America) per il 1913.

Riferisce di cinque casi di diabete curati con insulina per iniezioni e conclude che i pericoli inerenti a tale terapia devono essere considerati minimi o nulli mentre sono notevoli i vantaggi, con miglioramento del ricambio generale dei diabetici ed in particolare della tolleranza ed utilizzazione degli alimenti carboidrati.

Il diabete perciò non solo migliora, ma tende a guarigione, più facilmente nei casi lievi o medi, nei quali è presumibile una ripresa funzionale delle insule del Langerhans non ancora distrutte.

Seduta del 4 luglio 1924.

Presidenza: Prof. PASINI, presidente.

Adenoma epatico ed angiocolecistite.

CROSTI F. — Presenta un'operata nella quale con l'esame clinico era stata diagnosticata una tumefazione anormale del lobo epatico destro. Si trattava di un adenoma della grossezza di un mandarino posto immediatamente all'infuori della colecisti, tutta circondata da aderenze, ispessita ma senza calcoli. Asportazione del tumore e colecistectomia. All'esame istologico si conferma trattarsi di adenoma, ben circoscritto da una capsula spessa connettivale con evidente e cospicua infiltrazione parvicellulare infiammatoria intorno ai canalicoli biliari e nella capsula connettivale limitante il tumore.

Presentazione di un nuovo gastro-enterostato.

CROSTI F. — Si tratta di uno strumento semplice, poco costoso, non ingombrante, facilmente scomponibile in due parti. Quella sul moncone cardiaco, nella resezione gastrica, permette la chiusura alla Graser previo schiacciamento limitabile con apposito passo di vite; l'altra, sul moncone da asportarsi, lo chiude completamente senza pericolo di fuoruscita del contenuto. La prima parte può essere poi applicata al duodeno che viene chiuso colla sutura di Graser ed affondata. Si ottiene così in modo perpetuo e semplice la rimozione del tratto stomacale con impossibilità di contaminazione nel peritoneo.

Il saturnismo cronico nell'assorbimento per via respiratoria.

MIZZI A. — L'O., con una serie di ricerche sperimentali sulla possibilità dell'assorbimento del piombo per le vie respiratorie, è arrivato alle seguenti conclusioni: 1) L'avvelenamento cronico da piombo per via respiratoria risulterebbe possibile avendo ottenuto alterazioni del polmone, rene, fegato, che non si possono attribuire a nessun altro agente patogeno; 2) Vi è analogia fra le alterazioni anatomo-patologiche che si hanno nel saturnismo cronico per via digerente e quelle per via respiratoria; 3) L'avvelenamento per via respiratoria risulterebbe più violento, più rapido, e darebbe alterazioni più gravi in tempo minore e con dosi minori.

Su una malformazione cardiaca.
(Inocclusione del foro interventricolare).

MOZZETTI-MONTEMURICI M. — L'O. presenta un caso di parziale mancanza del setto in un feto di otto mesi, in corrispondenza della pars membranacea: accenna allo sviluppo e alla divisione delle cavità cardiache in rapporto all'anomalia illustrata, e dai caratteri macroscopici e microscopici la mette in relazione con una probabile endocardite del primo tempo di vita intrauterina.

A. CERESOLI.

Atti della Società Medico-Chirurgica di Edimburgo.

(Sessione 103 - 1923-1924).

Sifilide congenita od ereditaria
(*Edimb. med. J.*, vol. XXXI, n. 5, maggio 1924).

DAVID LEES riferisce sul tema, iniziando con un breve proemio storico da cui risulta come Paracelso nel 1529 e Ambrogio Paré nel 1533 per primi s'interessassero dell'argomento, in seguito più ampiamente studiato da Falloppio, Astruc, Hutchinson e Colles.

Circa ai *modi di trasmissione al feto*, riguardo cioè all'importanza da attribuirsi alla sifilide del padre o a quella della madre, è ormai assodato che il seme paterno può essere infettato e che la spirocheta vien ritrovata con frequenza nella porzione fetale della placenta, come pure si sa che dal lato materno l'uovo può essere infettato nello stesso follicolo di Graf, ovvero durante qualsiasi periodo del suo sviluppo, ricevendo l'infezione pel tramite della circolazione sanguigna. Ma è pur vero che la

sifilide materna, per la via placentare, è il modo di trasmissione più frequente.

Vi sono tuttavia casi in cui un figlio, generato da padre infetto, nasce da una madre priva di qualsiasi segno di lues e con storia e Wassermann negative; accadrà allora che nelle gravidanze successive agirà anche l'infezione matèrna, acquisita da questo primo figlio. La legge di Colles (1837), secondo cui una madre di un bambino sifilitico, sebbene essa stessa in apparenza non lo sia, può allattarlo senza infettarsi, non ha tenuto conto che, in ogni caso, la madre è affetta da una forma di lues latente, e quindi non reinoculabile, come ha provato la reaz. di Wassermann, positiva nel 90 % di tali casi.

Condizioni che influiscono sulla trasmissione. — In generale la sifilide materna ha maggior effetto della paterna sull'eredità; la virulenza è poi aumentata allorchè ambedue i genitori sono infetti. Quanto più prossima al concepimento è l'infezione materna, tanto più violenta decorrerà la sifilide nel bambino, e se la madre si contagia all'atto del concepimento, o poco prima, i due terzi dei feti muoiono nell'utero o appena nati. Se la madre si infetta intorno all'ottavo mese di gravidanza, la sifilide del bambino è per lo più presa alla nascita, attraversando le parti materne. Nelle sifilidi non curate l'infezione del figlio è massima nel primo anno, per diminuire gradatamente verso il 5º e 6º anno di età. La cura ha l'effetto di attenuare sempre più l'ereditarietà, e, praticata dalla madre durante la gravidanza, può addirittura eliminarla.

Sifilide e gravidanza. — Manifestazioni attive della malattia nella madre gravida in genere non se ne trovano, e poichè si ammette che l'infezione è in essa precipuamente uterina, se ne modifica il decorso, rappresentando l'utero un terreno inadatto per la spirocheta. Recentemente poi si è data importanza alla teoria di Routh secondo la quale il virus nelle gravide potrebbe attenuarsi per una spirillolisi esercitata da enzimi del corion. Colla scomparsa di tali enzimi le spirochete riacquisterebbero la loro vitalità. In tal modo si spiegherebbero le numerose variazioni della Wassermann durante la gravidanza, ed altri problemi della sifilide congenita, come per esempio la nascita di un bambino sano in mezzo ad una serie di aborti e di altri bambini nettamente eredoluetici.

Influenza dell'eredità sifilitica nel bambino. — La sifilide ereditaria si differenzia dall'acquisita per l'assenza di una lesione primaria, e per essere sin dall'inizio un fatto generale, che in seguito può estrinsecarsi a carico di qualsiasi organo e tessuto, il quale, nella sua qualità di tessuto giovane in via di sviluppo, è oltremodo sensibile.

D'onde l'alta mortalità nella lues congenita.

Talora il bambino nasce con manifestazioni attive, talora queste si presentano dopo qualche settimana, talora infine la malattia non si manifesta che in un periodo avanzato della vita (sifilide ereditaria tarda di Fournier).

Diagnosi. — Anamnesi accurata di ambedue i genitori, ed esame degli altri figli. Ricercare eventuali segni sulla cute, mucose, ossa (specie tibie e clavicole, ossa frontali e articolazioni sterno-claveari); ispezione attenta delle articolazioni, del sistema linfatico, della milza, fegato, occhi, udito, denti, palato, testicoli.

Prove batteriologiche. — Dimostrazione della spirocheta nelle lesioni cutanee e mucose.

Prove sierologiche. — La Wassermann è positiva nel 95 % dei casi con lesioni attive, e nelle madri dei bambini certamente eredoluetici nel 91 %. La percentuale però varia a seconda del tipo della lesione e l'epoca della sua comparsa.

In qualche caso, come per es. nella forma congenita dell'adulto, e nella tabe congenita, non sarà inopportuno provocare ad arte la reazione, che, altrimenti, può facilmente essere negativa.

Prova della luetina. — Noguchi l'ha dichiarata positiva nel 90 % dei casi. Persiste per un lungo periodo, essendo influenzata dalla cura assai meno della Wassermann. Può, però essere positiva in altri casi estranei alla sifilide, come nell'enterite e nella tubercolosi, e dopo una iniezione di salvarsan può esser positiva nel 53 % dei soggetti non luetici. Da alcuni perciò le vien negato ogni valore. Secondo l'esperienza del Lees avrebbe importanza solo se in forma di vera pustola. In ogni modo non può rimpiazzare la Wassermann, fuorchè nei casi in cui questa sia costantemente negativa.

Prove terapeutiche. — Non costituiscono un buon metodo, e vi si ricorrerà solo allorquando le altre sono riuscite negative, rammentando che l'arsenico e il mercurio possono giovare anche in lesioni cutanee non specifiche.

Diagnosi clinica. — Il quadro della sifilide ereditaria è variabile come quello della forma acquisita, ma non è in ambedue egualmente rispettato l'ordine cronologico di comparsa delle lesioni. Dopo la nascita, lesioni secondarie e terziarie possono apparire insieme, ma in generale dopo la pubertà le manifestazioni sono di tipo terziario. Nei primi due anni di vita vi è tendenza alle lesioni cutanee e mucose; lesioni oculari possono apparire alla 4ª o alla 5ª settimana di vita, ma sono più comuni dopo l'eruzione dei denti permanenti. Lesioni osteoarticolari e nervose in genere si manifestano tra il 5º e il 20º anno.

Lesioni della cute e annessi. — Uno dei sintomi più importanti è costituito dalle eruzioni, roseoliformi, papulose, pustolose e pemfigoidi, che si presentano in genere in forma di circoli o segmenti di circolo, con preferenza per le porzioni di cute in immediata vicinanza delle mucose, e per lo più sulle superficie flessorie, eccezione fatta per le natiche. L'« eczema oris siphiliticum », a tipo di eczema secco, è quasi patognomonico e persiste lungamente in forma di ragadi. Le forme terziarie sono rappresentate da gomme cutanee che simulano il lupus, rispetto al quale però hanno uno sviluppo più rapido e più distruttivo. L'infiltrazione periferica è più densa che nel lupus, e il colore è caratteristico per la sifilide. L'onichia e la paronichia non sono molto frequenti. L'alopecia può apparire precocemente, specie la forma a chiazze, ma non è frequente; come pure è rara la calvizie completa.

Mucose. — La coriza è uno dei sintomi precoci, ma si deve rammentare che altre cause possono

provocarla, come, ad es., una semplice lesione infiammatoria del naso-faringe. Placche mucose, anche a tipo umido, sono frequenti, come in un periodo tardivo possono apparire ulcerazioni gommose sulle mucose del naso, del palato e della tibia.

Denti. — I denti da latte vanno soggetti ad alterazioni riguardanti la loro evoluzione e la loro struttura, ma non imputabili unicamente alla sifilide. Sono invece i denti permanenti che mostrano le lesioni più importanti, descritte da Hutchinson. L'assenza di tali lesioni non depone però contro la diagnosi di eredolues. Più frequente è l'alterazione del primo molare permanente, descritta da Moon, per lo più al mascellare inferiore, e consistente in uno sviluppo imperfetto della parte centrale della corona, per cui la porzione superiore della cuspide assume una forma esagerata a cupola.

Ossa e articolazioni. — Frequentissime le pseudoparalisi di Parrot per osteocondrite, ben diagnosticabili radiologicamente, che appaiono in genere nei primi 3 mesi di età, e quasi mai dopo il sesto. In seguito frequenti le osteiti, periostiti, osteomieliti, a tipo formativo o sclerosante, con predilezione per la tibia. Caratteristiche la craniotabe e il naso a sella.

Tra le forme articolari, l'idrope bilaterale, ad inizio insidioso e a decorso cronico, frequente tra 10 e 20 anni, talora associato ad osteoperiostite delle ossa prossimiori.

Linfadenite, spesso a tipo misto, per sovrapposta infezione tubercolare.

Occhio. — Vi è una irite precoce, talora accompagnata da ciclite, e di prognosi fausta se trattata in tempo, ed una irite tardiva, che appare tra 12 e 20 anni, associata a cheratite. La cheratite interstiziale è frequente nella seconda infanzia, è assai resistente alla cura, e lascia quasi sempre obnubilamenti e chiazze bianche cicatriziali.

Orecchio. — Sordità parziale può aversi per otite media suppurativa svoltasi subdolamente nei primi periodi della vita. In periodi tardivi è più frequente la sordità d'origine labirintica, associata per lo più a cheratite.

Sistema respiratorio e cardio-vascolare. — Riniti e laringiti frequenti. Difficili a diagnosticare invece le affezioni polmonari, eccezion fatta per la polmonite bianca di Virchow. Quanto alla miocardite ed endoarterite, è nell'età avanzata che in genere si rivelano.

Organi interni. — La splenomegalia è frequente. A carico del rene si può avere una nefrite, ovvero emoglobinuria parossistica. Qualche caso di sifilide gastro-intestinale è stato descritto. Non rara invece la cirrosi del fegato.

Ghiandole endocrine. — Tutte possono venire colpite, generando le numerose distrofie della lue congenita.

Sistema nervoso. — La tabe giovanile può apparire alla pubertà o più tardi. Nei primi periodi possiamo poi osservare l'idrocefalo, l'epilessia, la sindrome di Litte, l'idiozia.

Prescindendo ora da tutte le forme morbose suddette, si rammenterà come la sifilide congenita influenzi sinistramente le altre malattie che possono colpire il bambino.

Interessante il legame che può correre tra eredolues e rachitismo, tanto che in ogni caso la prima dovrebbe essere esclusa. Vi è poi il vero rachitismo sifilitico, caratterizzato secondo Marfan dalla comparsa nei primi tre o quattro mesi della vita, con predominio delle lesioni craniche, cranio natiforme, dilatazione delle vene del capo, anemia e splenomegalia. Anche tra sifilide ereditaria e tubercolosi vi è sovente connessione, come accade per certe affezioni ossee e per alcune poliadenie, e come si osserva per la predisposizione degli eredoluetici alla tubercolosi polmonare.

In qualche caso tale connessione apparrebbe anche coi neoplasmi.

La *prognosi* è cattiva nelle manifestazioni del neonato; coll'avanzar degli anni il trattamento la rende più fausta, ma la morbilità è alta e le lesioni permanenti sono sempre numerose.

La *profilassi* è basata sulla cura intensiva della sifilide acquisita e sulla proibizione del matrimonio fino a che la guarigione non è sicura. Ai coniugati si impedirà la concezione e si insisterà nel trattamento, protraendolo per almeno 4 anni.

Cura. — Nel periodo prenatale si potranno usare gli ioduri, il mercurio, ma sopratutto l'arsenico in una delle comuni forme di 914, con degli intervalli di cura mercuriale mista. Nel periodo neonatale e postnatale si terrà conto della gravità delle lesioni. Ben tollerato è il sulfarsenolo per via endomuscolare. Ma anche in questo periodo si potrà usare il mercurio, in forma di olio grigio o salicilato per iniezioni, o di unguento semplice per frizioni, mentre la cura gastrica è meno indicata. Utilissimo anche il bismuto, anzi la cura combinata migliore è quella di arsenico e bismuto, poi quella di arsenico e mercurio. Nei bambini deperiti, indicati negli intervalli di cura gli ioduri, in forma sopratutto di sciroppo di ioduro di ferro.

Il successo della terapia sarà controllato coll'aumento del peso corporeo e la scomparsa delle lesioni. In ogni caso però la cura dovrà essere costante e protratta, e mai della durata minore di 2 anni.

Alla *discussione* prendono parte vari medici, con giudizi e statistiche sulla reazione di Wassermann e sulla cura.

E. FINDLAY di Glasgow conferma con tabelle e statistiche l'alto valore della Wassermann, ma pone in guardia contro l'eventuale positività di tale prova nei neonati, nel cui sangue possono essere presenti gli anticorpi della madre, pur non essendo il bambino luetico. Quanto poi alla discontinuità con la quale l'eredo-sifilide appare talora nelle famiglie, più che accogliere l'ipotesi già riferita del Routh, della presenza cioè di fatti di spirillolisi, crede logico ritenere che l'infezione possa talora avvenire solo durante il parto, per il distacco di emboli infetti dalla decidua, a causa delle contrazioni uterine. Insiste infine sul trattamento profilattico, come quello di valore assai superiore al curativo.

M. FABERI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La tubercolosi congenita.

Nessun dubbio ormai esiste riguardo alla tubercolosi congenita, per la quale si ammettono due meccanismi patogenetici. Si può cioè avere il passaggio del bacillo di Koch dalla madre al feto durante qualsiasi periodo della gravidanza, previa alterazione morbosa della porzione fetale della placenta, essendo la placenta sana impermeabile ai germi. Oppure la infezione avviene all'atto della nascita per invasione dei bacilli che eventualmente si trovano nella placenta, attraverso alle comunicazioni vasali traumatiche che in tal momento si producono.

W. Kuhle (*Deut. Med. Woch.*, n. 24, 1924) riporta il caso di un bambino nato da una donna morta di tubercolosi miliare 24 ore dopo averlo dato alla luce, il quale, sebbene fosse stato allontanato dalla madre immediatamente dopo la nascita, ed allevato artificialmente con ogni cautela, presentò all'8ª settimana di vita una cutireazione nettamente positiva, venendo poi a morte nella 12ª settimana, colla sintomatologia di una tubercolosi miliare, confermata dalla diagnosi antomo-patologica.

Esclusa in questo caso qualsiasi altra fonte d'infezione, e poichè la placenta della madre non presentò all'esame alcuna alterazione morbosa, non resta a pensare che al secondo dei meccanismi patogenetici sopra accennati.

Nè si può obbietare contro l'ipotesi della tubercolosi congenita il decorso protratto della malattia, quando si osservi che in tutti gli altri casi consimili sin qui pubblicati la morte avvenne sempre tra il terzo e il sesto mese. Come pure la comparsa tardiva della cutireazione viene spiegata dal fatto che il potere allergico è minimo nelle prime settimane, acquistando il bambino la facoltà di produrre anticorpi solo nei periodi della vita più avanzati. M. F.

Glandole branchiogene e tubercolosi.

H. Hoffmann (*Med. Klinick*, n. 52, 1923) osserva che le ghiandole di origine branchiale hanno delle funzioni comuni: esse contengono tutte delle combinazioni di fosforo, per cui esse sono in grado da un lato di neutralizzare lo iodio ingerito con gli elementi, dall'altro lato di favorire l'accumulo di calcio e di magnesio. L'A. ammette che esistano stretti rapporti tra l'infezione tubercolare e il ricambio del calcio, quindi stretti rapporti tra la tubercolosi e le ghiandole che regolano il ricambio del calcio e del magnesio.

Crede che la terapia con fosforo, calcio e magnesio darà ottimi risultati nella cura della tubercolosi. POLL.

Tubercolinoreazioni intense nella scrofola.

C. Mac Neil (*Brit. Journ. of Children diseases*, ottobre-dicembre, 1923) riporta i risultati delle sue osservazioni sul comportamento degli scrofolosi di fronte alle reazioni tubercoliniche.

Egli considera intensa una cutireazione consistente in una papula rilevata di un'estensione superiore ai due cm. che si presenta entro le 24-48 ore. Tali reazioni intense osservò in una scarsa percentuale di casi: si trattava quasi sempre di bambini scrofolosi, che presentavano una congiuntivite flttenulare. Tali casi di scrofola erano associati generalmente ad uno status lymphaticus, caratterizzato, secondo l'A., da una insufficienza pluriglandolare, specialmente surrenale, e da una esagerata reazione agli stimoli tossi-infettivi. DORIA.

Sulla sepsi gonococcica.

L. Dorner (*Deut. med. Woch.*, n. 51, 1923) rileva che la sepsi gonococcica è piuttosto rara. Il primo sintomo dell'infezione generale è la febbre, cui seguono quasi sempre affezioni articolari. Talvolta le affezioni articolari sono monoarticolari, per lo più esse sono poliarticolari e molto fugaci. Frequentemente l'infezione generale gonococcica si localizza all'endocardio, più frequentemente in corrispondenza delle valvole aortiche, meno frequentemente alle valvole mitraliche. L'endocardite valvolare gonococcica ha un decorso maligno con tendenza fortemente distruttiva. Di solito esiste leucocitosi. Spesso si manifestano esantemi scarlattiniformi, orticariformi od emorragico-pustolosi; tutti questi esantemi sono molto fugaci. I gonococchi si possono inoltre localizzare nei muscoli, nei reni, nella pleura, nel peritoneo. La prognosi è grave, un quarto dei malati perviene però a guarigione. Terapeuticamente l'autore consiglia la tripaflavina.

POLLITZER.

La terapia specifica delle infezioni stafilococciche.

A. Mauté (*La Presse médicale*, 16 febb. 1924) distingue in tale terapia: 1) *una fase curativa*, per arrestare od affrettare l'evoluzione, limitare l'estensione delle lesioni, diminuire il dolore. Essa si applica specialmente negli sta-

ti setticemici acuti o subacuti, nonchè in molte stafilococcie localizzate gravi o dolorose (ascesso della mammella, dell'amigdala, antrace, foruncolo di certe regioni); 2) *una fase preventiva* destinata ad impedire il ritorno di nuove manifestazioni stafilococciche.

Per la cura, l'A. usa i prodotti solubili del germe, che prepara nel modo seguente: Raschiatura di un'agar-coltura di 24 ore fornita da un centinaio di stipiti di stafilococco; miscela con una soluzione a 1/10 di liscivia di soda a 36°, a cui si è aggiunto 0,5 % di acido fenico. Si usa un cmc. di soluzione di soda per ogni mg. di sostanza stafilococcica. Si tiene in termostato per 24 ore, dopo di che si ha una soluzione di colore giallo o biancastro secondo la predominanza delle razze. Si neutralizza con precauzione, mediante acido cloridrico, lasciando di preferenza un certo grado di alcalinità trattandosi di usare il prodotto per iniezione endovenosa. Si filtra per carta, si diluisce al 1/10 e si mette in fiale da 1 cmc.; ognuna contiene 1 mg. di sostanza stafilococcica.

Bastano di solito tre iniezioni; la prima di 1/2 cmc., la seconda di 2/3, fatta uno o due giorni dopo; la terza di 1 cmc. fatta 2-3 giorni dopo. Nelle forme setticemiche, si può continuare questa dose ogni 3-4 giorni. La reazione generale è di solito nulla. L'azione curativa spesso nettissima e rapida. Particolarmente sensibile è l'influenza sul dolore.

Per il trattamento preventivo, l'A. usa gli autovaccini a dosi di 1.500 milioni per cmc. Le iniezioni però vanno iniziate soltanto parecchi giorni dopo la totale scomparsa delle lesioni acute in evoluzione. L'A. preferisce la via endodermica a quella sottocutanea.

Nonostante il trattamento si osservano recidive nel 5 % dei casi. In tali casi però bisogna pensare soprattutto al terreno, specialmente alle scosse nervose, alle insufficenze epatiche o renali e in modo particolare alle iperglicemie senza glicosuria.

fil.

Malaria chininoresistente.

In alcuni reparti di truppe inglesi, durante l'ultima guera, sembrava vi fosse un'alta percentuale di malarici chininoresistenti, cioè il 23 %, e anche più per le truppe della Persia. Pertanto fu incaricato R. Ross di prendere in esame la questione, ed egli potè accertare che dosi quotidiane di gr. 1.30 per bocca avevano ragione, in pochi giorni, quasi costantemente, di tutte le forme febbrili, primitive e recidive. Dunque i cattivi risultati erano da imputare ad altri fattori anzichè al chinino stesso.

Fletcher ha poi osservato che le iniezioni endomuscolari provocano sempre necrosi locale, che interessa talora nervi importanti: d'altra parte il chinino compare più tardi nelle urine dato per iniezione endomuscolare anzichè per bocca. Egli preferisce questa via anche alla via rettale, che produce notevole irritazione della parte.

Dagli esperimenti di Ross risulta che anche la presenza contemporanea della dissenteria non impedisce la benefica azione del chinino nella malaria.

(*Fletcher W.*, rip. in *Journ. A. M. A.*, 5 aprile 1914).

DORIA.

La sporotricosi.

Lespinne (*Le scalpel*, 12 luglio 1924) insiste sulla necessità che il medico pratico conosca questa malattia che fino ad una quindicina di anni fa, veniva confusa con la tubercolosi o con la sifilide. È un'affezione micosica, prossima all'actinomicosi, ed ha la caratteristica di essere proteiforme, simulando la tubercolosi, sifilide, morva, suppurazioni croniche. Attacca la cute ed i visceri ed è polimorfa, sicchè sullo stesso individuo, si possono trovare delle gomme a diversi stadii di sviluppo, delle linfangiti, delle ulceri ed anche dell'ectima o della pitiriasi.

La gomma sporotricosica si rammollisce anzitutto al centro e contiene un pus molto vischioso, ma raramente grumoso. L'infezione da parte dello *sporotrichum* — miceta banale che vive da saprofita in natura — si fa mediante un'inoculazione o l'ingestione di detriti vegetali contaminati. La diagnosi più sicura si fa coltivando il pus in agar di Sabouraud.

La terapia è semplice, mediante l'joduro di potassio ad alte dosi (3-5 grammi al giorno) e risollevando lo stato generale. Lo joduro va continuato 5-6 settimane dopo la scomparsa dei fenomeni.

fil.

Sulla diagnosi differenziale tra vaiolo e varicella.

Il semplice aspetto delle vescicole, l'ombelicatura o meno, non sono criteri valevoli. Bisogna sopratutto osservare la distribuzione, generale e locale, delle vescicole, il grado di prostrazione, la profondità delle lesioni della pelle, il numero delle vescicole e la loro modalità di maturazione.

(W. WANKLYN. *Brit. med. journ.*, 21 luglio 1923).

DORIA.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sull'innervazione della muscolatura della tuba eustachiana. Contributo allo studio dei gangli intramuscolari.

G. Bilancioni e M. Silvagni (*Archivio italiano di Otologia*, vol. XXXV, fasc. I, febbraio 1924), partendo dal concetto che negli organi a funzione in parte autonoma (cuore, intestino, laringe) esiste una innervazione più complessa che negli altri, hanno voluto ricercare ed hanno potuto dimostrare gangli nervosi intramuscolari nei muscoli del padiglione della tromba di Eustachio. Le ricerche sono state condotte sui ratti, sui gatti e sui cani per mezzo di preparati al cloruro d'oro con il metodo Löwit-Cipollone.

I gangli che si trovano in tutti i muscoli tubarici, ben separati dalla mucosa e sottomucosa sovrastante, sono situati nell'interno del tronco nervoso compresi dal perinevrio; hanno prevalentemente forma a pera e sono connessi con rami afferenti ed efferenti mielinici. Pur non potendo precisare la funzione di questi aggruppamenti cellulari, gli A A., data la relazione della funzione della tuba eustachiana con quella acustica e laringea, vi riconoscono un nuovo ordegno nervoso per la coordinazione dei singoli atti del velo e del padiglione tubarico. S. TRAINA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

La cenestesi ed il senso di stanchezza nelle forme tossiche ed infettive. — All'abb. n. 1570.

La cenestesi è il complesso delle sensazioni organiche, che danno informazioni dello stato degli organi e del loro modo di funzionamento. Tali sensazioni non danno luogo ad un vero stato di coscienza, ma ad una specie di risonanza armonica, che diventa lucida e chiaramente apprezzabile solo in caso di alterazione o difficoltà funzionale dei varii organi.

Allo stato dei fatti non si può parlare di un centro cenestetico.

Il senso di spossatezza e di astenia per cause tossiche o infettive dipende da un avvelenamento di tutto l'organismo e del sistema neuromuscolare in ispecie. È qualche cosa di analogo allo stato di esaurimento, con le sensazioni, prodotte nei muscoli in seguito alla fatica. Il consumo del muscolo, e forse anche del rispettivo centro nervoso, non è bilanciato dai processi di reintegrazione e di eliminazione: i prodotti di disintegrazione del muscolo ristagnano nel muscolo stesso e l'attossicano.

Nelle tossi-infezioni la cenestesi è alterata sia perchè le onde sensitive provenienti da tutto l'organismo non sono più normali, sia perchè il sistema nervoso centrale subisce direttamente l'azione della malattia generale.

Al riguardo è da notare che vi sono individui nei quali il tono della cenestesi è alterato all'infuori di ogni apprezzabile affezione organica. G. DRAGOTTI.

La cura delle sindromi parkinsoniane postencefalitiche. — Agli abb. nn. 2273 e 9731:

I tentativi finora fatti non hanno dato risultati soddisfacenti. Si son messi in pratica molti mezzi terapeutici ma nelle mani dei successivi sperimentatori i metodi proposti non hanno dato i successi che si erano vantati. Per ora domina lo scetticismo: nessun medicamento ha dato la guarigione; l'opoterapia come gli arsenobenzoli hanno fallito, come ha fallito ogni altro medicamento tentato empiricamente o per criterio di analogia con altre malattie.

Il cacodilato di soda ad alte dosi, che per alcuni sarebbe stato vantaggioso, per altri è del tutto inefficace. Conviene ad ogni modo tentare. Il primo giorno si iniettano 50 cgr. di cacodilato e si aumenta ogni giorno della stessa quantità fino a raggiungere grammi 2,50. Le iniezioni si continuano fino a che non compaiono fenomeni di intolleranza.

Come medicamenti sintomatici giovano la scopolamina, l'hyoscina, l'hyosciamina, l'atropina, l'eserina alle dosi ordinarie. Questi alcaloidi danno al paziente un sollievo incontestabile, ma non si possono adoperare a lungo per la loro tossicità.

Anche le iniezioni quotidiane di uno o due cmc. di soluzione di solfato di magnesio al 10 %, riescono calmanti.

Molto consigliabili sono i bagni caldi e prolungati che calmano e sedano per qualche ora i tremori e la rigidità.

G. DRAGOTTI.

Manuale pratico di «protesi dentale». — Al dott. O. B. da B.:

Di recente pubblicazione: C. Platschik, «Primo trattato italiano di Odontotecnica», II Edizione, Milano, Cogliati. L. 90. A. P.

Trattato di parassitologia medica. — Al dott. A. B. da R.:

Risponde ai bisogni del medico pratico il manuale del Basile, *Diagnostica delle malattie parassitarie*, edito dalla casa L. Pozzi (collana del *Policlinico*). *a. a.*

Servizio sanitario militare. — Ai dottori: abb. n. 10024, n. 6321, e C. L. da P.:

L'ammissione alla Scuola di Sanità militare di Firenze si è chiusa col 31 agosto.

All'abb. n. 8637-1:

Gli aspiranti medici nominati sottotenenti sono dispensati dal compiere il servizio di prima nomina. C.

VARIA

I trefoni cellulari.

Scarse sono le nostre conoscenze sull'accrescimento dei tumori e sulla rigenerazione dei tessuti ed è solo col perfezionamento della tecnica che si potrà gettare qualche luce su questi problemi. È appunto quello che ha fatto A. Carrel (*Journées médicales de Bruxelles*, luglio 1924) studiando la sopravvivenza dei tessuti al di fuori dell'organismo, ciò che gli ha dato l'occasione di scoprire i trefoni. Queste sostanze (il nome è derivato dal greco e significa io nutro) sono secrete da alcune cellule ed usate da altre per la loro moltiplicazione, in quanto che i trefoni forniscono le materie necessarie per l'edificazione del protoplasma. Le cellule che li formano si chiamano trefociti.

I trefoni non vanno confusi con gli ormoni, nè con gli ormazoni; essi non sono dei catalizzatori, come questi ultimi, ma entrano nella costituzione del protoplasma. Esistono nei tessuti embrionarii ed anche nell'adulto, in certe ghiandole, nei leucociti, nei sarcomi. La loro natura chimica ci è sconosciuta; sono attive ad una concentrazione del 5-10%, sono distrutte dal calore, non sono filtrabili. Le cellule embrionarie sintetizzano le sostanze che stimolano l'accrescimento delle altre cellule; nell'adulto sono soprattutto i grandi mononucleari che hanno tale funzione che viene esercitata a spese del siero; i trefoni vi si trovano allo stato di riserva e possono essere liberati in concentrazione sufficente per favorire la moltiplicazione cellulare.

Tre dati sono importanti da conoscere: 1) la capacità illimitata di accrescimento delle cellule (fibroblasti, cellule epiteliali), che è in funzione della composizione chimica del mezzo (trefoni embrionarii); 2) ogni cellula può ricuperare la sua attività se le si fornisce un mezzo conveniente; 3) il siero di sangue esercita un'azione inibitrice sui tessuti, che vi crescono poco e poi muoiono. Se il siero proviene da un animale vecchio, esso sarà tanto più inibitore; è questo fatto che determina la minore rapidità di cicatrizzazione delle ferite negli individui vecchi. In realtà il siero contiene due sostanze, l'una attivante, che viene distrutta dal calore, l'altra inibitrice, più stabile, che ha il sopravvento sulla prima; le cellule dell'organismo si trovano dunque allo stato di riposo, perchè sono immerse in un bagno inibitore.

Notevole è l'importanza dei trefoni nel processo di cicatrizzazione delle ferite. Sperimentalmente si osserva che facendo delle ferite asettiche ad animali e sopprimendo ogni causa di irritazione esterna, la cicatrizzazione, rispettivamente la proliferazione dei tessuti epiteliale e connettivo, non incomincia. Processi invece che si iniziano allorchè alcuni batteri vengono a contatto della ferita. Ora i batteri, nelle colture di tessuti in vitro, non fanno nulla; ma essi o qualsiasi irritante determinano un afflusso leucocitario e favoriscono così l'accrescimento dei tessuti, fornendo probabilmente dei trefoni.

Si viene così a precisare l'importanza dei leucociti. Essi venivano già considerati da Ranvier come ghiandole, mentre Dustin assegnava loro una funzione nucleo-proteica. Le esperienze di Carrel indicano che i grandi mononucleari sono eccellenti trefociti, cioè serbatoi importanti di trefoni che stimolano i tessuti e servono probabilmente alla difesa dell'organismo contro i corpi estranei. *fil.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

GUIDA TOMMASO. *Influenza larvata da anafilassi alimentare in bambini.* — Napoli, Melfi e Joele, 1922.

GUIDA TOMMASO. *Il vaccino animale inoculato a bambini con minori possibili danni.* — Napoli, Francesco Razzi, 1920.

MANCINI PAOLO e GANASSINI DOMENICO. *Studi sulle vitamine.* — Milano, Leopoldo Baroni, 1922.

MIGNOLI ALFONSO. *Letteratura medica.* — Cernusco-Merate, Tip. «La Commerciale», 1922.

ID. *Tubercolosi e terapia fisica.* — Cernusco-Merate, Tip. «La Commerciale», 1922.

MINERBI CESARE. *Il «riflesso oncopleurico».* — Napoli, G. Barca, 1922.

ID. *Il «cappuccio sinistro» di Grocco, provocato artificialmente nell'individuo sano. Lo «schock» delle appendici auricolari del cuore.* — Napoli, Enrico C. Muca, 1922.

MINERBI CESARE. *La determinazione percussoria del confine caudale delle appendici auricolari del cuore.* — Parma, Tip. Coop. Parmense, 1922.

MIZZI A. *Arteriosclerosi e ipertensione arteriosa.* — Malta, Tip. «S. Paolo», 1922.

MUGGIA ALBERTO. *L'atonia muscolare congenita.* — Torino, Silvestrelli e Cappelletto, 1922.

ONANO GIOVANNI. *Un caso interessante di tubercolosi del rene.* — Milano, Franc. Vallardi, 1922.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

QUESTIONI PRATICHE.

LXV. — Il potere ordinario e straordinario di annullamento degli atti amministrativi, con speciale riguardo col requisito della "buona condotta" nei pubblici impieghi.

Il Governo del Re può annullare, *in qualunque tempo*, sia sopra denunzia sia per iniziativa propria, gli atti amministrativi che contengano violazioni di leggi, di statuti o di regolamenti generali o speciali. (Art. 164 del regolamento 12 febbraio 1911, n. 297, ed ora art. 43 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2839). Questo potere straordinario implica un controllo di legittimità amplissimo e, quel che più conta, senza limiti di tempo.

La IV Sezione del Consiglio di Stato ne ha esaminato un caso interessante di applicazione pratica. Un impiegato comunale prestava servizio da circa venti anni quando fu nominato segretario generale *dello stesso Comune*. Dopo tre anni dalla nomina, seguita dalla effettiva assunzione dell'ufficio, il Governo del Re annullò la relativa deliberazione per difetto del requisito della buona condotta al tempo della nomina a segretario generale.

Si presentava una prima questione: la posizione di diritto e di fatto consolidatasi da oltre tre anni era di ostacolo all'annullamento?

La IV Sezione, con la decisione 31 maggio 1924, n. 371, rispose così: « La Sezione si rende conto della necessità di ordine sopratutto pratico ed equitativo, che il Governo, nell'esercizio di una così ampia facoltà, che non ha limiti di tempo, *si circondi delle maggiori cautele e si ispiri alla più saggia moderazione* e non può disconoscere che la facoltà medesima debba incontrare razionali limiti quando il decorso del tempo e l'esecuzione dell'atto renderebbero particolarmente gravosa la dichiarazione di invalidità. È però d'avviso, conformemente ai principî generali del nostro diritto amministrativo, che l'interesse pubblico debba sempre prevalere su quello privato e quando, come nel caso attuale, concorrono gravi motivi, non possa certo contestarsi, in ogni tempo, la legittimità dell'annullamento ».

Il senso della necessità di un limite c'è in questa nozione; ma non si può dire che la risoluzione della questione abbia fatto utilmente notevoli passi avanti perchè manca una formulazione precisa. Comunque, però, la Sezione non ammette, senz'altro e senza il concorso di *gravi motivi di interesse pubblico*, la possibilità dell'annullamento d'ufficio, in qualunque tempo.

Altra questione: sino a qual punto si può spingere il controllo della osservanza della legge, dei regolamenti e degli statuti? La IV Sezione ha considerato che questo potere di annullamento non ha natura diversa dal potere che compete ai Prefetti, a norma degli articoli 212 e 214 del T. U. della legge com. e prov. 4 febbraio 1915, n. 148. Il controllo di legittimità, esercitato nelle due diverse forme, ordinaria (Prefetto), straordinaria (Governo del Re), rappresenta una limitazione dei poteri degli enti autarchici, e poichè tutti gli atti amministrativi invalidi sono da ritenere non conformi al diritto obbiettivo, il controllo « comprende, necessariamente, la possibilità di conoscere, agli effetti dell'annullamento dell'atto, di tutti i vizi da cui risultino eventualmente affetti gli atti amministrativi ». Soggiunge la decisione: « Al Governo del Re spetta per conseguenza la completa valutazione dell'atto o provvedimento, ai fini dell'accertamento della sua validità e quindi, in primo luogo, l'indagine e l'apprezzamento *dei fatti* sui quali l'atto o il provvedimento trovano fondamento ». Ciò premesso, la decsione considera particolarmente il requisito della buona condotta per l'ammessione ai pubblici impieghi: « Attesochè la giurisprudenza di questa Sezione ha, ripetutamente, affermato nei riguardi della facoltà di annullamento demandata ai Prefetti, che, *costituendo la buona condotta l'indispensabile presupposto di legge per l'ammessione ai pubblici impieghi, l'indagine su l'effettiva sussistenza di tale requisito è da ritenersi compresa nella anzidetta facoltà*, nè può giungersi a diversa conclusione nei riguardi dell'analoga facoltà spettante al Governo del Re, mentre è viceversa da escludere, nello stesso interesse pubblico, che l'apprezzamento di così essenziale elemento di capacità in chi è destinato a diventare organo della pubblica amministrazione, possa considerarsi discrezionalmente riservato agli enti antarchici e venga così sottratto ad ogni forma di controllo governativo ».

In senso conforme, circa il controllo del requisito della buona condotta, sono le decisioni del Consiglio di Stato, 15 aprile 1904, n. 170, fra le più remote, e 15 marzo 1912, n. 62, 28 febbraio 1913, n. 62.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

L'avvenire dei Consorzi Provinciali Antitubercolari.

Il prof. V. Ascoli, nella prima riunione del Consiglio Superiore di Sanità che ha avuto luogo nella sessione ordinaria del 28 giugno u. s., parlando dei Consorzi provinciali Antitubercolari, ebbe ad esprimere la sua scarsa fiducia nell'avvenire di tale istituzione, stimando inadeguati i mezzi finanziari assegnativi.

A tale giudizio ha risposto il dott. Bertazzoli, vice-presidente del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Milano, manifestando il suo contrario avviso in una lettera aperta diretta al Clinico di Roma, pubblicata ne «L'Italia Sanitaria» del 10-20 agosto 1924, n. 22.

Egli comincia col confutare il pessimismo del prof. Ascoli, valendosi di un esempio già addotto dal dott. Lutrario nella citata riunione: cioè il Consorzio Provinciale Antitubercolare di Roma, che già dispone di lire 250.000 annue.

Prescindendo da tale fatto, il Bertazzoli è convinto che ai Consorzi Provinciali non possa mancare il successo, dovendo essi rappresentare, in forza delle nuove disposizioni governative, e in seguito alla cessazione dei Comitati Provinciali Antitubercolari, l'organo ufficiale di propaganda e di difesa contro la tubercolosi. Ed oltre che per queste considerazioni generali, il Bertazzoli non crede di poter condividere l'opinione dell'Ascoli, riferendosi all'attività già esplicata dal Consorzio Provinciale di Milano, del quale ricorda le non poche provvidenze che ha potuto attuare attraverso la solidità del suo finanziamento.

Dai Comuni della Provincia esso infatti riceve L. 480.000 annue, e L. 160.000 come contributo della Provincia, senza tener conto del concorso che sarà sicuramente per derivargli dalla somma di due milioni stanziata per la lotta antitubercolare dalla benemerita Cassa di Risparmio di Milano.

L'esposizione di questi dati, e il fatto che l'opera del Consorzio milanese è coordinata con quella del Comune capoluogo, offrono al dott. Bertazzoli argomenti sufficienti per giustificare la sua fiducia nell'avvenire dei Consorzi Provinciali Antitubercolari.

***

Il prof. Ascoli ha risposto al dott. Bertazzoli ne «L'Italia Sanitaria» del 10 settembre, una lettera di cui riportiamo la massima parte.

Egregio collega,

Le porgo grazie per la lettera che mi ha scritto.

Ella definisce sfiduciato il modo onde io giudico l'avvenire dei Consorzi Antitubercolari provinciali, e lo deduce dalle seguenti parole, che mi attribuisce il resoconto ufficiale: «Temo che per deficienza di mezzi finanziari, i Consorzi Provinciali Antitubercolari andranno verso il fallimento». Non dico che tale affermazione non sia conforme alla conclusione del mio discorso al Consiglio Superiore di Sanità, ma dopo i rilievi del collega Bertazzoli devo dilucidare il mio pensiero. Rispondo non solo per il rispetto che sento verso lo stimato collega, per l'ammirazione dell'opera antitubercolare che egli svolge a Milano; ma anche perchè ritengo che il chiarimento della mia conclusione, alquanto pessimista, possa giovare alla causa della lotta antitubercolare nelle rimanenti provincie, che non siano la provincia di Milano.

Nella tesi detta *Commissionissima* del dopo guerra sostenni, con altri, la proposta, e contribuii alla approvazione, che la provincia diventasse centro dell'assistenza sanitaria e della profilassi contro le malattie infettive. L'Ente provinciale avrebbe, non fosse che per questo, acquistato un'importanza molto maggiore di oggi nella difesa igienica della Nazione.

Pertanto, in linea di principio, la legge che lascia alle Provincie la possibilità di assumere il servizio per le malattie di maggiore importanza sociale, ad esempio la malaria, e le obbliga ad assumere il servizio antitubercolare, mi trova ben disposto ad approvarla e gode le mie simpatie.

Per rimanere nell'ambito del problema discusso dall'ottimo collega Bertazzoli, fermiamoci alla lotta antitubercolare, anzi al Consorzio Provinciale antitubercolare creato e imposto dalla legge.

La legge vuole che ogni provincia costituisca un tale Consorzio, finanziandolo con la contribuzione di ogni Comune per ogni testa e con propozionati contributi della Provincia,

senza pregiudizio del diritto di accettare lasciti, offerte dello Stato e di altri Enti pubblici o di privati, e procurarsi mezzi finanziari, mediante feste, richieste, ecc.

Il Consorzio può stare da sè, oppure può affidare ad Enti appositamente costituiti, la gestione dei provvedimenti per la lotta contro la tubercolosi.

Lo sviluppo della lotta antitubercolare nelle singole Provincie sarà proporzionato alla tassa che gli amministrati d'ogni comune pagheranno, alla quota con cui contribuirà l'Ente provinciale, al contributo che saprà procurarsi dallo Stato, da altri Enti e da privati. Si capisce che le Provincie in cui la ricchezza è maggiore e più vivo lo spirito di assistenza sociale avranno più mezzi. L'efficacia sarà in rapporto della capacità organizzatrice e del tempo a disposizione del medico provinciale, dell'esistenza di Enti pubblici o privati che intensifichino e riscaldino l'opera del Consorzio, dei mezzi, insomma, e delle forze, di cui questo potrà usufruire. Ho letto con ammirazione e senza meraviglia tutte le provvidenze antitubercolari di cui si è arricchita la provincia di Milano, lavorando in armonia col Municipio del Capoluogo e con il sussidio della ricca e munifica Cassa di Risparmio delle Provincie lombarde. Mi rallegro con i dirigenti, per le iniziative che hanno saputo prendere e svolgere.

Mi permetta il dott. Bertazzoli che io offra a lui personalmente l'espressione del mio compiacimento per la direttiva che ha dato, e mi permetta ancora che io lo ringrazi per il suo articolo in contraddizione con le mie prevenzioni, perchè vorrei augurarmi che il suo articolo servisse di esempio e di monito a molte altre provincie.

Io conosco, forse con poca precisione di dati, che a Torino e a Venezia si è pure fatto molto. Voglio ancora supporre che qualche cosa di buono si sia fatto in qualche altra Provincia; ma posso dire che *poco* si è lavorato in altre provincie, e *niente* in molte altre.

Per dissipare i miei dubbi, le mie apprensioni, il mio pessimismo, l'ottimo collega Bertazzoli, dopo aver descritto con ricchezza di particolari l'opera sua e del Consorzio della Provincia di Milano, avrebbe dovuto riferire quanto, non dico di magnifico, ma di utile sono riusciti a produrre i Consorzi antitubercolari di gran parte delle provincie d'Italia.

Fino a che una dimostrazione dell'attività di tutti i Consorzi provinciali antitubercolari non verrà dal Bertazzoli o da altri, io dubiterò che, così come sono costituiti, siano per essere l'organo più adatto a risolvere il problema sociale della tubercolosi in Italia.

Io voglio inoltre aggiungere che al Consiglio Superiore di Sanità, nel manifestare le mie apprensioni circa il successo dei Consorzi antitubercolari, mi sono ben guardato dal proporne l'abolizione. Ho soltanto chiesto che ne fosse meglio regolata e rafforzata l'opera; ho chiesto, per esempio, che fosse fissato il minimo del contributo comunale e provinciale; che per le provincie più povere e più tassate fosse sospeso qualche loro contributo allo Stato, affinchè fosse devoluto alla lotta antitubercolare; che laddove il medico provinciale fosse oberato di lavoro, venisse coadiuvato da un medico adatto, per attivare le provvidenze relative alle malattie sociali; ho ammesso che il Consorzio provinciale può con vantaggio dedicarsi all'assistenza sanitaria, ma ho fatto presente che male esso, come qualsiasi organo burocraticamente costituito, si sarebbe con profitto del pubblico occupato della profilassi sociale e della propaganda e dei mezzi da ottenere dalla beneficenza.

Lo Stato, con qualche deliberazione di massima d'una legge generica, senza alcun determinato contributo finanziario, senza cercare organi sicuramente atti allo scopo, ha creduto avviare alla soluzione il poderoso e terrificante problema della lotta antitubercolare. Io riconosco col Bertazzoli che queste norme generiche sono riuscite a intensificare e coordinare le provvidenze sociali là dove erano già floride, o in formazione; ma so che là dove la lotta antitubercolare non era viva e bene dotata, hanno forse più nociuto che giovato, e dubito che i provvedimenti enunciati nella legge pei Consorzi bastino a far nascere e a far crescere in modo adeguato i mezzi di lotta antitubercolare. Fra le nazioni civili noi siamo la nazione più arretrata nel movimento antitubercolare. Io ho assistito alla fine miseranda dei Comitati provinciali antitubercolari; assisto alla nascita difficoltosa dei Consorzi, alla vita grama e stentata di molti di essi. Mi sono spinto a gettare l'allarme al Consiglio Superiore della Sanità, là dove le lagnanze potevano ricevere una smentita e provocare dei saggi provvedimenti. La smentita è stata fiacca, i miglioramenti della legge non si sono visti. È difficile essere ascoltati alla prima volta, quando si parla un linguaggio un po' acre: bisogna avere il coraggio d'insistere, se le circostanze non mutano.

Conosco le difficoltà del problema e le difficoltà immani che la soluzione di esso compor-

ta; forse perciò il provvedimento mi sembra impari alla bisogna.

Mi si voglia perdonare il pessimismo, in omaggio al desiderio del bene che sento vivissimo.

Daremo forza alla lotta antitubercolare con le constatazioni gloriose e soddisfatte del Bertazzoli, o non piuttosto con la visione delle difficoltà da superare e con le richieste di mezzi adeguati del prof. Ascoli? Rispondano gli altri.

Io non amerei di meglio che di essere smentito dai fatti. E con l'ansia più fervida invoco che da ogni provincia d'Italia giunga al mio riservato prognostico una smentita così solenne come quella che mi ha dato l'ottimo collega Bertazzoli.

VITTORIO ASCOLI.

Cronaca del movimento professionale.

Congresso degli Ordini dei medici.

Un Congresso straordinario è indetto dalla Federazione in Roma per i giorni 18 e 19 ottobre. Le rappresentanze sono convocate alle ore 10 precise del 18 ottobre nella sede dell'Ordine di Roma, Foro Traiano, 1. Sono in discussione le modificazioni allo statuto e al regolamento federali proposte dalla Commissione straordinaria; si procederà alla nomina dell'ufficio di presidenza, alle elezioni del Consiglio federale, ecc.

Congresso dei medici condotti.

Si è svolto dal 14 al 18 settembre a Trento. Daremo prossimamente un breve resoconto dei lavori.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

Continuazione (vedi fasc. 36).

	Lire
Dott. Marchionno Michele, Nola	25
Dott. S. S., id.	10
Dott. Vaiano Giuseppe, id.	10
Dott. Santorelli Pietro, id.	15
Dott. Candido Vincenzo, id.	15
Dott. Nappi Michele, id.	15
Dott. Russo Vincenzo, id.	15
Dott. Rego Luigi, id.	10
Dott. Romano Antonio, id.	15
Dott. Appierto Antonio, id.	15
Dott. D'Alessandro Giuseppe, id.	15
Dott. Napolitano Nicola, id.	15
Dott. Pagano Domenico, id.	15
Dott. Nappi Raffaele, id.	15
Dott. N. N., id.	5
Dott. Serpico Saverio, id.	10
Prof. Bucco Menotti, Napoli	50
Dott. Mastrogiovanni Donato, Perito (Salerno)	25
S. Ten. M. Lepore Mariano	49
Cap. M. Scarlata Salvatore	10
Dott. Auricuma Salvatore, S. Maria Capua V.	10
Dott. De Forchi Ruggero, id.	10
Dott. Ambrogi Ettore, id.	10
Dott. Saguelli Enrico, id.	10
Dott. Campanella Alberto, id.	10
Dott. Califano Enrico, id.	10
Dott. De Marao Michele, id.	10
Dott. Fusco Emilio, id.	10
Dott. Roccatagliata Guido, id.	10
Dott. Gravina Salvatore, id.	10
Dott. Conforti Nicola, S. M. Capua V.	10
Dott. Lombardi Francesco, id.	25
Dott. Di Napoli Luca, Napoli	20
Dott. Merolla Ernesto, id.	5
Dott. Seozio Giuseppe, id.	5
Dott. Lippo Gaetano, id.	10
Dott. Lippo Pasquale, id.	10
Dott. Acquaviva Nicola, id.	10
Dott. Tosti Domenico, id.	10
Dott. Caccese Edoardo, id.	10
Dott. Molè Carmelo, id.	10
Dott. Aiello Luigi fu Giuseppe, id.	10
Dott. Tommasi Bartolomeo, id.	5
Dott. Balice Gaetano, id.	5
Dott. Garzia Vincenzo, id.	10
Dott. Marsiglia Guglielmo, id.	10
Dott. Sarra Giacomo, id.	10
Dott. Razzano Alfredo, S. Giov. a Teduccio	10
Dott. Lamagna Vincenzo, Ischia	10
Dott. Buonomo Ignazio, Napoli	10
Prof. Iascone Pasquale, id.	20
Magg. M. D'Anna Giuseppe	77.95
Magg. M. Stella Vincenzo	86
Cap. M. Corigliano Enrico	69.20
Cap. M. Lazzaro Francesco	63.45
Cap. M. Scambia Giovanni	64.65
Ten. M. Ciodaro Raffaello	55.25
S. Ten. M. Gemelli Giuseppe	47.45
Cap. M. Buono Benedetto	49

Città e presidio militare di Brescia.

	Lire.
Ten. Col. M. Foresti Alberto	110
Magg. M. Secchi Francesco	90
Magg. M. Ara Achille	90
Cap. M. Raineri Umberto	80
Cap. M. Valdameri Renato	74
Cap. M. Grasso Filippo	74
Cap. M. Gugniolo Attilio	68
Cap. M. Poli Pietro	68
Cap. M. Garuffo Giovanni	68
Cap. M. Beccalossi Carlo	68
Cap. M. Farina Mario	68
Cap. M. Mussi Fausto	68
Cap. M. Pigozzi Dino	68
Ten. M. Sinigaglia Giorgio	60
Ordine dei Medici della Prov. di Brescia	100
Dott. Amadoni Guido	50
Dott. Baldoni Alfredo	50
Dott. Bertoli Oreste	50
Dott. De Lucchi Giorgio	50
Dott. Ferroni Gaetano	50
Dott. Nember Emilio	50
Dott. Ranzoli Guido	50
Dott. Secchi Rizzardo	50
Dott. Serlini Fausto	50
Dott. Turlini Luigi	50
Dott. Bettoni Angelo	30
Dott. Nicolai Alessio	30
Prof. Carrara Giuseppe	25
Dott. Magrassi Artemio	25
Dott. Molinari Tosatti Pio	25
Dott. Profini Carlo	25
Dott. Riva Domenico	25
Dott. Alberti Olindo	20
Dott. Bertelli Giacomo	20
Dott. Bontardelli Carlo	20
Dott. Bordoni Pietro	20
Dott. Butta Vittorio	20
Dott. Cantù Guido	20
Dott. Castelli Ettore	20
Dott. Curti Eugenio	20
Dott. De Ferraris Eugenio	20
Dott. Feroldi Arturo	20
Dott. Frigerio Francesco	20
Dott. Gaggia Carlo	20
Dott. Gallotti Ambrogio	20
Dott. Lazzaroni Angelo	20
Dott. Morandi Gino	20

(Continua).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ASCOLI PICENO. — Medico del Dispensario celtico comunale, per la profilassi e la cura gratuita d. sifil. e d. mal. veneree; L. 6000; nomina e conferme triennali. Tassa ammissione L. 50 (quitanza dell'Economato comun.). Esami. Serv. entro 15 g. Scad. 10 ottobre. Chiedere annunzio.

ASTI (*Alessandria*). — A tutto 25 sett., 5ª zona «Casa dei Coppi»; L. 4000 (*sic*) oltre L. 1000 (*sic*) indenn. trasf. Limite età 45 a. Condizioni visibili presso il civico ufficio di segreteria.

BORMIDA (*Genova*). — L. 6000, oltre L. 300 uff. san., L. 1200 trasp., L. 1200 c.-v. Scad. 30 sett.

CAPRINO VERONESE (*Verona*). — Alle ore 18 del 25 sett.; per Pazzon. Vedi fasc. 37.

CAROSINO (*Taranto*). — Scad. 25 sett. L. 7500 oltre L. 780 c.-v. e L. 500 uff. san.; quadrienni decimo. A decorrere 1° genn. '25 lo stip. sarà portato a L. 10,500. Ab. 2452; km. 15 da Taranto.

CASTIGLIONE DELLA PESCAIA (*Grosseto*). — Per Vetulonia; L. 9000. Proroga al 30 ottobre.

COSENZA. *Ospedale Civile*. — Chirurgo aiuto incaricato del gabinetto d'indagini cliniche. Scad. 15 ott. Titoli comprovanti la competenza nelle due branche richieste.

FORLÌ. *Congregaz. di Carità*. — Per l'osped. civ. G. B. Morgagni: due aiuti, medico e chirurgo; L. 4500; età lim. 35; due assist., medico e chirurgo; L. 3500; età lim. 30. Compartecip. onorari malati e proventi ambulatori e gabinetti. Obbligo di pernottam. Esami. Tassa L. 50. Scad. ore 18 del 30 settembre.

GENOVA. — Scad. 23 ott. Medico batteriologo; L. 11,000 e 8 bienni di L. 500, oltre c.-v. nella misura degli altri impiegati del Comune.

GROSSETO. *R. Prefettura*. — Ufficiale sanitario del capoluogo. Proroga al 15 ottobre.

GIACCIANO (*Rovigo*). — Scad. 26 sett. Con Baruchella. L. 6000 p. 1000 pov.; ogni gruppo di 50 in più o frazione L. 100; p. disag. resid. L. 2500; c.-v.; mezzo di trasp.; p. alloggio L. 500; cinque quadrienni decimo; tassa L. 50.10.

LODI. *Consiglio degli Ospedali*. — Medico primario; vedi fasc. 34. Scad. ore 16 del 25 settembre.

MAGLIANO DEI MARSI (*Aquila*). — Seconda cond.; L. 6000 p. pov., L. 2000 cav., salvo miglioramenti proposti; due frazioni. Serv. entro 15 giorni.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — Medico ispettore; L. 13,000; c.-v. di Stato; bienni fino a L. 24,000 dopo il 20° anno; L. 15 servizio notturno. Età mass. 39 a. Esami (igiene; legislaz. e assist. sanit.; batteriol. e microsc.). Chiedere annunzio alla Direz. Medica. Docum. al Protocollo non oltre ore 16 del 15 novembre.

MONTEFELCINO (*Pesaro-Urbino*). — A tutto il 30 sett., per Monteguiduccio e Fontecorniale; L. 7000 e sessenni decimo; cavalc. L. 3000; un c.-v. Vaglia postale di L. 50.10 al tesoriere. Età lim. 45.

MONTEFORTINO (*Ascoli Piceno*). — A tutto il 30 sett.; due condotte. Vedi fasc. 37.

MONTEROSI (*Roma*). — Ab. 901 agglomerati; altit. m. 340; L. 9000 e 5 quadrienni decimo; c.-v. equiparate funzionari Stato; L. 300 uff. san. Obbligo direz. arm. farm. Scad. 25 sett. Serv. entro 15 g.

NAPOLI. *Ospedale Lina Fieschi Ravaschieri*. — Tre chirurgi assistenti; scad. ore 13 del 30 sett.; esame e titoli; età mass. 30; voti esami speciali e di laurea; L. 1200 (*sic*) annue, più L. 240 (*sic*) annue caro-viveri, lorde. Rivolgersi alla Segreteria (via Croce Rossa, 8).

NOVARA. *Deputazione Provinciale*. — Medico di sezione del Manicomio. Vedi fasc. 36. Scad. ore 17 del 30 sett.

NOVI LIGURE (*Alessandria*). *Ospedale di S. Giacomo*. — Medico e chirurgo primari; vedi fasc. 34. Scad. 30 sett.

PORTO TOLLE (*Rovigo*). — Scad. 25 sett. IV reparto. Vedi fasc. 37.

PRATO CARNICO (*Friuli*). — Alle ore 16 del 30 sett. Età lim. 45 alla chiusura. Kmq. 6; ab. 3329 in 9 fraz.; p. pov. L. 7500; due sessenni di L. 750; p. uff. san. L. 600. Scad. entro 18 giorni.

ROMA. *Azienda delle Tramvie Municipali*. — Medico fiduciario. Scad. ore 15 del 15 ott. Limiti età: 35-50 a. L. 1400 mensili; tessera libero percorso. Accettaz. entro 15 g. È consentito il libero esercizio profess. Chiedere annunzio e capitolato alla Direzione (via Volturno 59, Roma).

RUSSI (*Ravenna*). — Scad. 30 sett. Per S. Pancrazio. L. 8250 e 10 bienni ventesimo; due c.-v.; per cav. L. 2000; addizion. L. 1 oltre 1000 pov.

S. CASCIANO DEI BAGNI (*Siena*). — Scad. 31 ott. Per Palazzone. Stip. L. 6000, cav. L. 2000, c.-v. L. 2000.

VITTORIO VENETO (*Treviso*). — 5° reparto, per Cozzuolo, Formeniga, S. Lorenzo. Vedi fasc. 37. Scad. 30 settembre.

CONCORSI A PREMIO.

BOLOGNA. *Istituto Ortopedico Rizzoli*. — Premio Umberto I. Vedi fasc. 30. Scad. 31 dicembre 1924.

BOLOGNA. *R. Accademia delle Scienze*. — Fondazione S. Pozzi. Vedi fasc. 7. Scad. 31 dic. 1924.

FIRENZE. *Società Italiana di Pediatria*. — Quattro premi della Fondazione Mantovani. Vedi fascicolo 32. Scad. 31 dicembre 1924.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Corso internazionale di perfezionamento per medici a Carlsbad.

I convegni del genere — vivificati da una intimità e da una cordialità assai maggiori di quelle che aleggiano nei grandi congressi internazionali — sono destinati, secondo noi, ad avere non poca parte nel riavvicinare i popoli, nel sopire i ricordi dolorosi della guerra, nell'instaurare la tanto auspicata êra di pace e di lavoro.

A prima vista essi hanno presa unicamente su di un'esigua schiera d'intellettuali; ma dobbiamo tener presente che sono le *élites* a dirigere e a modellare i destini dei popoli; non deve dunque disconoscersi l'importanza sociale e politica che spetta a questi convegni, grazie ai quali gli studiosi di nazionalità discordi e spesso ostili si accostano e vivono a contatto e apprendono a stimarsi.

Più palese è però il valore scientifico, tecnico e professionale di queste adunate, le quali giovano a far conoscere sempre meglio le nuove conquiste del sapere, le modalità con cui sono state compiute, i punti di vista da cui possono essere prospettate, le applicazioni pratiche di cui sono suscettibili, e anche, e sovratutto, la metodica delle indagini e delle applicazioni.

Il nostro paese fin'oggi si era tenuto quasi appartato da siffatte intese colturali che vanno attuandosi con tanto fervore in altri paesi. È solo da poco che noi abbiamo cominciato a partecipare al movimento.

Un esempio ci è offerto dal Corso internazionale che forma l'oggetto della nostra corrispondenza.

Questo Corso, organizzato dai colleghi czeco-slovacchi, si tiene già da parecchi anni; ma in quest'anno l'affluenza degli uditori è stata senza precedenti, poichè gl'inscritti, che per solito si aggiravano intorno a 300-500, hanno raggiunto il numero di circa 800.

Desideriamo di richiamare su di esso l'attenzione dei lettori del « Policlinico », perchè ci ha offerto motivo di compiacimento per la partecipazione di parecchi connazionali e perchè l'onore di inaugurare il Corso è toccato al prof. V. Ascoli. Con larghezza di vedute e chiarezza di esposizione, ascoltatissimo ed applaudito, il clinico di Roma ha svolto il tema « la malaria cronica », conseguendo un vero successo.

Gli altri disserenti erano anch'essi autentici valori nel campo scientifico e clinico.

La Germania era rappresentata da Meyerhof di Berlino, Nocht, Nonne e Allard di Amburgo, v. Bergmann di Francoforte, Klewik di Königsberg, Bruggemann di Giessen, Höber di Kiel; l'Austria da Schur di Vienna; l'Ungheria da Benedikt di Budapest; la Czeco-Slovacchia da Fischel di Praga; la Svizzera da Staehlin di Basilea e Asher di Berna; il Brasile da Chagas di Rio de Janeiro; l'Olanda da Magnus di Utrecht; la Norvegia da Nils Backer Gröndhal e da Arent de Besche di Cristiania; la Svezia da Bergmark di Upsala; la Polonia da Bielchowsky di Breslavia; il Giappone da Katsunuma di Nagoya; ecc.

Festeggiatissimo fu il Meyerhof, cui di recente venne decretato un premio Nöbel per i suoi studi sulla fisiologia muscolare. Chagas giunse dal Brasile con ritardo, ma in tempo per tenere un'apprezzata conferenza sulla malattia che ne reca il nome.

Le conferenze coprirono molti campi della medicina, con speciale riguardo agli argomenti oggi più dibattuti: dalla fisiologia pura alla patologia e alla terapia. A titolo di esempio, Meyerhof trattò dei nuovi progressi della fisiologia cellulare; Katsunuma della funzione cellulare e della funzione ossidasica; v. Bergmann delle turbe funzionali delle vie biliari; Arent de Besche dell'asma anafilattico; Benedikt delle malattie metatubercolari; Staehlin dell'insulina, ecc. Naturalmente, in una stazione idrica così celebre qual'è Carlsbad, venne rivolta qualche attenzione alla balneologia.

Non sono mancati i trattenimenti e le feste in onore dei convenuti.

Un plauso va rivolto al dott. Edgar Ganz, segretario ed organizzatore effettivo e animatore di questi Corsi: prevalentemente a lui si deve se essi hanno segnato un decisivo successo.

F. G.

NOTIZIE DIVERSE.

La celebrazione dei medici caduti in guerra.

La cerimonia della celebrazione dei medici caduti in guerra è stata fissata improrogabilmente per il 1° novembre 1924, in Firenze. Saranno inaugurati il monumento, opera insigne di Arrigo Minerbi, ed il grandioso cancello in ferro battuto, opera del Matteucci di Faenza.

Inoltre sarà distribuito alle famiglie dei caduti, nell'istessa giornata, il Libro d'oro che la classe medica italiana dedica ai suoi quattrocento eroi, edizione lussuosa ed accurata del cav. Luigi Alfieri.

Saranno anche assegnate le borse di studio agli orfani.

Notevoli ribassi ferroviari saranno concessi a quanti interverranno alla cerimonia.

A suo tempo il Comitato pubblicherà il programma dettagliato.

Per tutte le informazioni rivolgersi al segretario generale della Celebrazione dei medici caduti in guerra dott. F. Bocchetti, Scuola Sanità Militare, Firenze.

Convegno per la lotta contro il gozzo.

Il Comitato Valtellinese per la lotta contro il Gozzo — e per esso il prof. M. Pellegrino, medico provinciale, e il dott. G. Muggia, direttore del Manicomio di Sondrio — ha indetto un'adunanza di studiosi per il 29 sett., a ore 10,30, nella Sala del Consiglio Provinciale di Sondrio. Scopo della riunione è uno scambio di idee, dal quale sia per scaturire una serie di proposte di pratica attuazione intorno ai due temi seguenti: 1° Che cosa si è fatto e si può fare per la profilassi e la cura

del gozzo endemico; 2° Se sia possibile una intesa circa lo studio della eziologia e la patogenesi del gozzo e del cretinismo. Gli intervenuti al Convegno dovrebbero inoltre esaminare la possibilità di una intesa proficua per lo studio del problema eziologico del gozzo.

Per ogni notizia o chiarimento o comunicazione rivolgersi al dott. G. Muggia, al quale dovranno pure indirizzarsi le adesioni ed i preavvisi di intervento.

I malariologi stranieri.

La Commissione di malariologi inviata dalla Società delle Nazioni ha visitato le Stazioni Antimalariche della Croce Rossa Italiana distribuite lungo la via Appia. Alla Stazione di Casal delle Palme, nel nuovo laboratorio microbiologico, istituito in un padiglione Doecker, donato dalla Direzione generale della Sanità pubblica, l'ispettore della Sanità dott. Falleroni espose i risultati dei suoi studi sugli anofeli nella Palude Pontina.

A Terracina fu visitato l'impianto radioterapico; il Comune offrì un pranzo in onore degli ospiti illustri.

Altre visite sono state consacrate alla Stazione Antimalarica dell'Istituto Paludi Pontine «Colonia Elena»; alla Scuola organizzata dalla Direzione generale della Sanità pubblica presso il Poligono di Nettuno per la formazione del personale sussidiario della lotta antimalarica; al centro di accertamento diagnostico istituito dalla Croce Rossa Italiana a Ferriere; ecc.

Congresso delle Società di Pubblica Assistenza.

La Federazione Nazionale fra le Società e Scuole di Pubblica Assistenza e Soccorso, ha indetto a Fiume, nei giorni 28, 30 settembre, il X Congresso Nazionale delle Società stesse.

Temi: Riconoscimento ufficiale da parte dello Stato delle Società federate e regolamento per la loro mobilitazione a spese dello Stato in occasioni di pubbliche calamità (Tema proposto dalla Società di Spezia): Profilassi della tubercolosi, relatore prof. Achille Sclavo. Tassa di ammissione: Società federate lire 20; non federate lire 30. Comitato ordinatore: via Gabriele d'Annunzio, 2, Fiume.

Congresso medico dei popoli neo-latini.

Ad iniziativa del dott. Mathé, l'Ufficio per le relazioni con l'Estero della Facoltà medica di Parigi organizzerà un Congresso medico dei popoli neo-latini; saranno idiomi ufficiali il francese, lo spagnolo, l'italiano e il portoghese. L'iniziativa trae esempio dal Congresso latino-americano, che però riunisce soltanto la Spagna e i paesi sud-americani ove si parla spagnolo. Si intenderebbe di conferirle molto sviluppo. Il Congresso verrebbe adunato a Parigi nel giugno 1926; per i Congressi successivi si eleggerebbe ogni volta alternativamente la capitale di una nazione europea e di una americana. Così la *Revista Medica Cubana*.

La Società francese d'Oftalmologia

ha accolto l'invito della consorella belga, di tenere il suo 38° Congresso a Bruxelles, l'11 maggio 1925 e giorni seguenti.

In tale occasione saranno organizzate feste ed escursioni (una delle quali a Bruges).

Si possono richiedere fin d'ora informazioni al segretario generale della Società, dott. René Onfray, avenue de la Motte-Piquet, 6, Paris VIIe.

Congresso ispano-americano di otorinolaringologia.

Si adunerà a Saragozza nell'aprile del 1925 e sarà il primo del genere.

Le adesioni vengono raccolte dal segretario generale del Comitato promotore, dott. Bertrán, Fernando VI, n. 10, Madrid.

Corso per aspiranti ufficiali sanitari.

Si terrà presso il R. Istituto d'Igiene di Palermo a partire dal 15 ottobre. Per chi non sia fornito del microscopio è stabilita una sovratassa di L. 50.

La "Colonia elioterapica Codivilla"

è stata solennemente inaugurata a Cortina d'Ampezzo l'8 corr., con l'intervento larghissimo di autorità e di competenti; tennero elevati discorsi inaugurali i proff. Pini e Putti; parlarono poi il prof. Piccinini di Milano per l'Associazione climatologica, il prof. Ceresole di Venezia, il dott. Roversi assessore di Bologna, il prof. Donati dell'Università di Bologna, l'avv. Morandi per il prefetto. Seguì la visita al magnifico Istituto, che consta di 5 piani, oltre i sotterranei, ed è ricchissimo di mezzi d'indagine e di cura, ospita già 50 pazienti e potrà ricoverarne un centinaio. La direzione ha offerto, all'Hôtel Savoia, un signorile banchetto agli invitati.

L'Istituto è stato visitato da S. A. R. il duca di Genova e dalla sua augusta famiglia.

Congresso ispano-luso-americano delle scienze mediche.

Il 15 di ottobre si adunerà a Siviglia il 2° Congresso nazionale spagnolo di medicina e discipline affini, sotto la presidenza del re Alfonso.

Per deliberazione della Giunta esecutiva, presieduta dal prof. D. Sebastián Recasens, decano della Facoltà medica di Madrid, questo Convegno assumerà carattere ispano-luso-americano, avendo invitato a parteciparvi il Portogallo e tutti i paesi latino-americani. Il prof. Recasens si è recato di proposito nell'America meridionale.

Dall'Argentina è annunziata la partecipazione di 250 congressisti.

Per il nuovo Ospedale civile di Udine.

Si è espletato un concorso in 2° grado per i progetti del nuovo Ospedale civile di Udine.

La Giuria ha classificato i progetti stessi come segue: 1° premio, di L. 50,000, all'ing. prof. Antonio

Stella di Torino; 2° premio, di L. 30,000, all'architetto Oreste Ricci e all'ing. Plinio Polverosi di Udine; 3° premio, di L. 20,000, all'ing. Francesco Gusso e al cav. Giovanni Rubini di Venezia; 4° premio, di L. 10,000, all'arch. Elia Fior e all'ing. Domenico Calligaro di Udine; 5° premio, anch'esso di L. 10,000, all'arch. Pietro Mascagni Del Greco di Milano.

Nel concorso in 1° grado il primo premio era pure stato aggiudicato al progetto Stella; gli autori del progetto cui era stato allora aggiudicato il secondo premio si sono ritirati, mentre il progetto Ricci-Polverosi, che occupava il terzo posto, si è ora piazzato secondo; gli altri progetti hanno cambiato sensibilmente di graduatoria.

A favore dei giovani medici.

Il prof. Serono, direttore dell'Istituto Nazionale Medico-Farmacologico, per favorire l'assistenza dei giovani medici italiani ai Congressi di Milano, ha deliberato di offrire ai direttori degli Istituti di Clinica medica e di Patologia medica una tessera speciale che essi possono mettere a disposizione singolarmente di un loro allievo, con la quale questi avrà, oltre all'iscrizione al Congresso di Medicina Interna, la pensione completa gratuita per 10 giorni.

Corsi per infermiere professioniste della Croce Rossa.

La Croce Rossa Italiana ha aperto le iscrizioni per la Scuola-Convitto per infermiere che ha sede in Roma, via Catania, 19 (presso il Policlinico) per il nuovo anno scolastico da iniziarsi il primo ottobre.

Maggiori schiarimenti possono richiedersi ai relativi Comitati di circoscrizione della C. R. I. o meglio al Comitato Centrale — Ufficio VI Infermiere — via Toscana, 12, Roma.

Sovvenzioni per gli studi medici a Parigi.

Il Consiglio municipale di Parigi, su proposta della 5ª Commissione, ha approvato i seguenti crediti a favore dell'insegnamento medico: fr. 124,865 pei Laboratori centrali di radiografia ed elettroterapia; fr. 229,650 pei Laboratori di batteriologia; fr. 22,600 per le biblioteche; fr. 44,160 per i musei; fr. 2400 per l'anfiteatro d'anatomia; fr. 18,000 per borse di studio; fr. 5825 di riserva.

Laboratorio dipartimentale di radiologia in Francia.

Il Consiglio generale della Senna, su proposta della 3ª Commissione, ha stanziato fr. 320,000 per il Laboratorio dipartimentale di radiologia ed elettroterapia: sono destinati alle dipendenze del Laboratorio di rue Vercingétorix, n. 189.

Epilogo dello scandalo dei carnets a Marsiglia.

Presso la V Sezione del Tribunale di Marsiglia si è chiuso il processo a carico dei sanitari implicati nel così detto scandalo dei *carnets* per l'assistenza ai mutilati di guerra, del quale avemmo già ad occuparci.

Le maggiori pene inflitte furono le quattro seguenti: al dott. C. L., 2 anni di prigione, 10 d'interdizione dall'esercizio professionale, fr. 3000 di multa e fr. 92,344 di riparazione di danni allo Stato; al dott. I. L., rispettivamente, mesi 10, anni 5, fr. 3000 e fr. 98,732; al farmacista D. L., 2 anni di carcere, fr. 3000 di multa e fr. 324,029 di rifacimento danni; al farmacista T. L., rispettivamente 10 mesi, fr. 3000 e fr. 324,029. Complessivamente la somma assegnata allo Stato in conto di rifusione dei danni raggiunge la considerevole cifra di un milione e un quarto di franchi.

Il numero dei medici in Olanda.

Sopra 7 milioni di persone incirca, l'Olanda annovera 3700 medici; vi sono 34 comuni di oltre 2000 abitanti senza medici. I dentisti raggiungono il numero di 950. Gli ospedali sono 261 con circa 30,000 letti. Così il *Journ. Amer. Med. Assoc.*

Il prezzo dell'insulina.

Le Case farmaceutiche britanniche hanno ridotto il prezzo dell'insulina, a partire dal 1° luglio, da 4 s. 8 d. a 2 s. 8 d. per ogni 100 unità. Poco più di un anno addietro il prezzo di 100 unità era di 25 s

Secondo il *British Médical Journal*, il prezzo attuale è all'incirca un terzo di quello che ha corso negli Stati Uniti. Il fatto viene attribuito alla circostanza che il «Medical Research Council» dell'Inghilterra non volle fissato un prezzo di vendita, per modo che ne è derivata la concorrenza.

Risultati contrari si ebbero per la neo-arsfenamina; il «Bourd of Trade» inglese fissò un prezzo, mentre la trattazione rimase libera negli Stati Uniti, ove il costo del rimedio è ora un decimo di quello praticato nell'Inghilterra!

Un monumento a Farabeuf.

Nella Facoltà medica di Parigi è stato scoperto un monumento alla memoria di Louis Habert Farabeuf, fondatore dell'insegnamento dell'anatomia chirurgica in Francia (1861-1910). Parlarono il prof. Sébileau, già allievo del Farabeuf, per i colleghi di Facoltà; il prof. Lejars, per l'Accademia di Medicina; il prof. J. L. Faure, per la Società di Chirurgia. Quest'ultimo mise in luce la grande influenza esercitata sull'attuale generazione dei chirurgi francesi dal Farabeuf, il cui nome resta anche legato a un intervento operativo, l'ischio-pubiotomia.

La peste in Turchia.

Le provenienze da Costantinopoli verranno sottoposte alle misure sanitarie contro la peste, essendosi colà verificati alcuni casi della malattia.

Le autorità sanitarie hanno subito provveduto all'isolamento dei malati, alla vaccinazione degli abitanti di Stambul ed alla derattizzazione.

Zona malarica.

A modifica del R. Decreto 25 agosto 1902, n. 391, con R. Decreto 15 giugno 1924, n. 1110, riportato nel N. 166 della *Gazzetta Ufficiale* del Regno, il territorio del comune di Termoli (Campobasso), compreso tutto l'abitato senza alcuna esclusione, è dichiarato zona malarica ad ogni effetto di legge e di regolamento.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journ. d. Prat., 26 lug. — P. MARTY e J. TRONCIN. Fratture del femore a forma insidiosa.

Vers la Santé, lug. — H. S. CUMMING. Il problema dell'igiene sociale negli Stati Uniti.

Giorn. d. Med. prat., lug. — D. TADDEI. Il medico pratico di fronte a un ritenzionista acuto.

Journ. d. Sc. Méd. de Lille, 3 ag. — DELOBEL e M. D'HALLUIN. Elettrolisi di stenosi esofagee.

Cult. Med. Moderna, 31 lug. — G. PARLAVECCHIO. Resezioni osteoplastiche definitive dello sterno.

Cultura Stomatolog., ag. — P. BOGGIO. La gangrena della polpa dentaria.

Riv. crit. Clin. Med., 5 giu. — R. MENASCI. Studi sulla uricemia.

Rev. Españ. de Med. y Cir., ag. — J. QUATRECASES. Il leucoderivato dell'azzurro di metilene. — C. POSNER. Anomalie costituzionali degli organi genit. masch. — F. GIL ACEVEDO. Stafilococcia polmonare. — J. SALVAT MARTI. Presunta epidemia di Alastrim in Spagna e le malattie esotiche varioliformi.

Bull. Ac. de Méd., 22 lug. — F. HEIM, E. AGASSE-LAFONT e A. FEIL. Comparsa precoce e progressione rapida del saturnismo in certe officine. — G. SALÈS e P. VALLERY-RADOT. La debolezza congenita.

Rass. intern. di Clin. e Ter., lug. — C. MARINO-ZUCO. Articolazioni e lesioni articolari studiate mediante il penumoartro.

Revue Franç. de Gynéc. et d'Obst., 10 giu. — P. DALCHÉ. Dismenorrea e anafilassi.

Arch. de Méd. Cir. y Espec., 2 ag. — T. BRAVO Y SOTO. Le parafrenie.

Annales Inst. Pasteur., lug. — A. BESBEDKA. Medicature specifiche; l'immunità locale. — R. DEMANCHE e L. GUENOT. Sierodiagnosi e prognosi della sifilide.

Rev. Ibero-Amer. de Ciem. Méd., lug. — F. MARTINEZ SUÁREZ. Sifilomi anali.

Ann. di Ostetr. e Ginec., 31 lug. — C. TEMONI. Rottura spontanea di vena uterina ectasica in donna gravida a termine; emorragia endoperitoneale.

Presse Méd., 2 ag. — G. THIBIERGE. La medicina legale e l'arte di verificare le date. — J. MONZON. Eziologia della scarlatt.

Pathologica, 1 ag. — F. CORONA. Importanza della cute nel determinismo dell'infezione da carbonchio ematico.

Revue de Méd., 6. — P. WORINGER. La carenza solare nella prima infanzia. — TRABAUD. Febbre estivale dei tre giorni e dengue in Siria.

Pediatria, 1° ag. — A. DE CAPITE. Preleucemia nell'infanzia. — S. RAPISARDI e R. POLLIKER. Rapporti di isoemolisi tra madre e bambino.

Boston Med. a. Surg. Journ., 17 lug. — C. L. THENEBE. Appendicite acuta complicante la scarlattina.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali (S). L. Pozzi, ed. resp

ANNO XXXI **Roma, 29 Settembre 1924** **Fasc. 39**

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA PER LE MALATTIE PROFESSIONALI
DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
diretta dal prof. L. FERRANNINI.

Piastrine e coagulazione del sangue nell'affaticamento.

Dott. SCIPIONE CACCURI, assistente.

L'organismo di chi si sottopone ad iperlavoro muscolare presenta numerose alterazioni funzionali ed istologiche a carico dei varî organi, dovute sia al consumo di quelle sostanze che costituiscono una delle parti essenziali della cellula, cioè del materiale dinamogeno, sia a tutti i prodotti regressivi che ne derivano, oltre che alle kenotossine proprie della fatica.

Si hanno così per opera di questi fattori, i diversi fenomeni che contraddistinguono la fatica, come l'aumento degli atti respiratorî, l'aumento di frequenza delle pulsazioni cardiache, l'aumento dell'acidità urinaria, la diminuzione dell'alcalinità del sangue, ecc.

Ed il sangue deve naturalmente risentire in maggior copia l'azione nociva della fatica, perchè, oltre al consumo del suo materiale dinamogeno, a cui va incontro come gli altri tessuti, è in esso che sono versate tutte le scorie, per essere poi eliminate dai vari emuntori, ed inoltre è nel circolo che pervengono le kenotossine, prodotte in massima parte dal tessuto muscolare.

Molti autori si sono interessati delle diverse alterazioni del sangue nella fatica; e classico è l'esperimento del Mosso il quale, iniettando in un animale del sangue di un altro animale affaticato, potè notare che nel primo si riproducevano tutti i varî fenomeni della fatica. E Ferrannini e Fichera in numerosi ricerche sulle kenotossine, hanno constatato che esse attenuato il potere anticomplementare e quello opsonico del siero di sangue, hanno un potere emolitico sulle emazie, oltre ad influenzare in vario grado tutti gli altri organi.

A carico degli elementi sanguigni però non sono state notate delle alterazioni morfologiche e i varî ricercatori concordemente hanno constatato soltanto delle variazioni numeriche. A detta conoscenza largo contributo ha portato la Scuola del Ferrannini. E così il Palmulli ha notato, a carico delle emazie, nei cani affaticati col tapis roulant, una lieve diminuzione,

con piccolo aumento della sostanza granulofilamentosa. A carico dei leucociti quasi tutti gli autori (Grawitz, Rosenthal, Palmulli, Scalfati, Palmieri, ecc.) hanno riscontrato un aumento secondo alcuni dei linfociti, secondo altri dei neutrofili. De Sandro invece nei cani, conigli, e cavie, affaticati con la corrente faradica, ha trovato diminuzione dei leucociti, senza alcuna modificazione della formula leucocitaria.

Riguardo poi alle proprietà fisico-chimiche del sangue, il Carpentieri negli animali affaticati col tapis roulant ha riscontrato una diminuzione dell'alcalinità e della resistenza globulare, mentre erano aumentate l'attività catalitica e la coagulabilità. Scalfati invece, nell'affaticamento con la ruota, ha riscontrato diminuzione della coagulabilità.

Se nei risultati dei vari ricercatori c'è qualche diversità, bisogna anche pensare che non uguale è stata nei diversi esperimenti il genere di lavoro e il grado di affaticamento: due fattori che hanno grande influenza sulla reazione ematica.

Nessuno degli autori si era fin'ora occupato delle possibili alterazioni morfologiche e variazioni numeriche delle piastrine nella fatica. E questo abbiamo pensato di ricercare, studiando contemporaneamente il comportarsi della coagulabilità del sangue, dati gl'intimi rapporti che passano tra piastrine e coagulazione.

TECNICA. — Sono stati sottoposti ad affaticamento otto individui, quasi tutti di giovane età, in buone condizioni fisiche, dei quali tre ricoverati in Clinica, e gli altri cinque, laureandi in medicina. L'affaticamento, fatto mediante l'ergostato, col quale è possibile misurare anche il lavoro compiuto, avveniva di mattina, e la durata è stata varia, da 40 minuti ad un'ora ed anche oltre, secondo la resistenza individuale. Ogni individuo lasciava di girare la manovella dell'ergostato, soltanto quando dava segni indubbii di stanchezza.

Prima che s'iniziasse l'affaticamento, si praticava la conta delle piastrine e si ricercava il tempo di coagulabilità del sangue: detti esami erano ripetuti poi immediatamente dopo l'affaticamento, e ancora dopo 6-24-48 ore. Sono stati fatti anche dei preparati a striscio, che venivano poi colorati col metallo May-Grünwald-Giemsa, secondo Pappenhein.

Per la conta delle piastrne ci siamo serviti di due metodi: uno, quello di Giudiceandrea, che è stato praticato in tutti i casi; e l'altro di Aynaud, che non è stato possibile applicare ugualmente sempre, perchè dovendosi ripetere la conta per cinque volte, gl'individui affaticati non si sottoponevano volentieri a continue sottrazioni di sangue dalle vene del braccio. Debbo però far rilevare che nei casi in cui si sono praticati entrambi i metodi, non sono state riscontrate differenze notevoli nei risultati.

Secondo il metodo Giudiceandrea, dopo aver contati col Thoma-Zeiss i leucociti, si facevano degli strisci su vetrini copri-oggetti che si lasciavano asciugare all'aria. Indi venivano capovolti su dei vetrini porta-oggetti, su cui si era messo una goccia di una soluzione acetico-metilica (metilvioletto cg. 10, acido acetico cg. 20, acqua gr. 100) e si osservava ad immersione. Si procedeva così alla conta, in 30 campi, delle piastrine che apparivano colorate in violetto intenso, e dei leucociti, i cui nuclei si motravano bene appariscenti, e si faceva il rapporto. Conoscendo il numero dei leucociti per mmc., si ricava anche quello delle piastrine.

Ho potuto però notare, seguendo questo metodo, che le piastrine si possono molto meglio contare, quando, fatto lo striscio, si capovolge il vetrino sull'altro senza attendere l'essicamento. Operando in questo modo era molto raro riscontrare in qualche campo ammassi di piastrine di già agglomerate fra loro, ciò che invece facilmente si nota, osservando il preparato dopo essiccamento.

Applicando l'altro metodo, di Aynaud, dopo aver fatto la conta delle emazie, col Thoma-Zeiss, si introduceva nella vena del braccio l'ago di una siringa contenente un paio di cmc. di una soluzione sterile di citrato di sodio al 2%. Quando, senza alcuna aspirazione, era penetrato nella siringa qualche cmc. di sangue, si versava la miscela in un tubo paraffinato dal quale poi si faceva cadere una goccia in un vetrino di orologio anche paraffinato, e contenente un paio di cmc. di una soluzione citroclorurata (citrato di sodio gr. 10, cloruro di sodio gr. 6, acqua q. b. per cmc. 500, formolo del commercio cmc. 10). Indi si faceva col Thoma-Zeiss la conta delle piastrine e delle emazie contenute nei 16 grandi quadrati: dal rapporto col numero delle emazie prima determinato si ricavava quello delle piastrine.

Per la coagulabilità ci siamo serviti del metodo di Vierordt, con la modifica del Giudiceandrea. Raccolto in un tubicino capillare un po' di sangue, e introdottovi un crine bianco di cavallo, si notava quando si osservavano delle discontinuità sul contorno della colonna sanguigna. Indi ogni mezzo minuto si faceva lieve trazione sul crine, finchè la colonnina sanguigna non era portata fuori del tubicino.

Il sangue per queste ricerche era preso dal polpastrello di un dito e anche dalla vena braccio: ho potuto constatare che nei due casi non esistono differenze notevoli.

PROTOCOLLO DEGLI ESPERIMENTI.

1. P. F., di anni 53, pittore.
21000 Kgm. in ore 1,40'.
Prima dell'affaticamento: piastrine 308.800; coagulabilità 5' 30''.
Immediatamente dopo: piastrine 90.500; coagulabilità 8' 30''.
Dopo 6 ore: piastrine 220.000; coagulabilità 6'.
Dopo 24 ore: piastrine 430.225; coagulabilità 2' 30''.
Dopo 48 ore: piastrine 300.600; coagulabilità 6'.

2. I. A., di anni 44, commerciante.
30000 Kgm. in ore 1,20''.
Prima dell'affaticamento: piastrine 436.700; coagulabilità 6' 30''.
Immediatamente dopo: piastrine 114.200; coagulabilità 10'.
Dopo 6 ore: piastrine 250.300; coagulabilità 7' 30''.
Dopo 24 ore: piastrine 580.250; coagulabilità 2' 30''.
Dopo 48 ore: piastrine 432.000; coagulabilità 6' 30''.

3. R. V., di anni 34, macchinista tipografico.
29000 Kgm. in ore 1,10''.
Prima dell'affaticamento: piastrine 280.800; coagulabilità 5' 30''.
Immediatamente dopo: piastrine 98.700; coagulabilità 9' 30''.
Dopo 6 ore: piastrine 150.500; coagulabilità 8'.
Dopo 24 ore: piastrine 400.200; coagulabilità 2' 30''.
Dopo 48 ore: piastrine 290.150; coagulabilità 5'.

4. G. G., di anni 23, laureando in medicina.
27000 Kgm. in ore 1,25'.
Prima dell'affaticamento: piastrine 320.500; coagulabilità 7' 30''.
Immediatamente dopo: piastrine 89.950; coagulabilità 13'.
Dopo 6 ore: piastrine 200.250; coagulabilità 9' 30''.
Dopo 24 ore: piastrine 400.300; coagulabilità 5'.
Dopo 48 ore: piastrine 331.000; coagulabilità 7'.

5. P. R., di anni 23, laureando in medicina.
32000 Kgm. in ore 2.
Prima dell'affaticamento: piastrine 236.750; coagulabilità 8' 30''.
Immediatamente dopo: piastrine 92.155; coagulabilità 12'.
Dopo 6 ore: piastrine: 160.000; coagulabilità 9'.
Dopo 24 ore: piastrine 520.000; coagulabilità 2' 30''.
Dopo 48 ore: piastrine 300.200; coagulabilità 7' 30''.

6. T. N., di anni 23, laureando in medicina.
28000 Kgm. in ore 1.30'.
Prima dell'affaticamento: piastrine 268.000; coagulabilità 6' 30''.
Immediatamente dopo: piastrine 91.750; coagulabilità 9' 30''.
Dopo 6 ore: piastrine 150.250; coagulabilità 7'.
Dopo 24 ore: piastrine 380.025; coagulabilità 3' 30''.
Dopo 48 ore: piastrine 271.000; coagulabilità 6'.

7. I. F., di anni 23, laureando in medicina.
30000 Kgm. in ore 1,30'.
Prima dell'affaticamento: piastrine 241.700; coagulabilità 7'.
Immediatamente dopo: piastrine 78.120; coagulabilità 13' 30''.
Dopo 6 ore: piastrine 168.350; coagulabilità 9' 30''.
Dopo 24 ore: piastrine 390.295; coagulabilità 2' 30''.
Dopo 48 ore: piastrine 250.100; coagulabilità 6' 30''.

8. S. S., di anni 23, laureando in medicina.
25000 Kgm. in ore 0,40'.
Prima dell'affaticamento: piastrine 539.866; coagulabilità 5' 30''.
Immediatamente dopo: piastrine 105.140; coagulabilità 12' 30''.
Dopo 6 ore: piastrine 280.700; coagulabilità 8'.
Dopo 24 ore: piastrine 670.000; coagulabilità 3' 30''.
Dopo 48 ore: piastrine 545.200; coagulabilità 6'.

Circa poi la costanza di queste variazioni a carico del numero delle piastrine e del tempo di coagulazione del sangue, ho voluto ripetere l'affaticamento in qualcuno dei soggetti. E così, dopo circa un mese dai primi esperimenti, si sono nuovamente affaticati: P. R. (5), T. N. (6), e I. F. (7).
Eccone i risultati:

5. 31000 Kgm. in ore 1,40'.
Prima dell'affaticamento: piastrine 280.000; coagulabilità 9'.
Immediatamente dopo: piastrine 85.000; coagulabilità 13'.
Dopo 6 ore: piastrine 180.200; coagulabilità 10'.
Dopo 24 ore: piastrine 530.000; coagulabilità 2' 30''.
Dopo 48 ore: piastrine 324.000; coagulabilità 7' 30''.

6. 30000 Kgm. in ore 1,45'.
Prima dell'affaticamento: piastrine 274.800; coagulabilità 7'.
Immediatamente dopo: 99.500; coagulabilità 11' 30''.
Dopo 6 ore: piastrine 120.780; coagulabilità 8' 30''.
Dopo 24 ore: piastrine 420.270; coagulabilità 2' 30''.
Dopo 48 ore: piastrine 280.000; coagulabilità 7'.

7. 29000 Kgm. in ore 1,50'.
Prima dell'affaticamento: piastrine 290.000; coagulabilità 6' 30''.
Immediatamente dopo: piastrine 17.700; coagulabilità 12' 30''.
Dopo 6 ore: piastrine 170.000; coagulabilità 9' 30''.
Dopo 24 ore: piastrine 540.800; coagulabilità 2'.
Dopo 48 ore: piastrine 300.250; coagulabilità 6'.

INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI OTTENUTI.

Dai dati sopra riportati risulta che, subito dopo l'affaticamento, si ha una notevole diminuzione del numero delle piastrine, che raggiunge la terza o quarta parte di quello che era prima. Detta piastrinopenia non è duratura ed infatti dopo sei ore è digià molto ridotta e dopo 24 si nota il ritorno alla norma, anzi si riscontra un discreto aumento (piastrinosi). Dopo 48 ore la cifra è per lo più quale era prma dell'affaticamento.

Identicamente si comporta il tempo di coagulabilità del sangue.

La lettura dei preparati ha confermato i dati ottenuti con la conta. Negli strisci fatti immediatamente dopo l'affaticamento si è riscontrata una quantità di piastrine di molto inferiore a quella degli strisci fatti prima. Negli altri eseguiti dopo 24 ore, quando si notava la piastrinosi non si è constatata nessuna alterazione di forma, nè presenza di piastrine giganti. Si è ricercata anche, ma invano, la possibile presenza di megacariociti in funzione piastrocinetica, o almeno di quei pezzi di protoplasma, di varia forma, derivanti dai megacariociti e penetrati in circolo prima ancora che fosse avvenuta la loro trasformazione in piastrine.

Bisogna ammettere quindi che l'iperlavoro muscolare provochi una notevole piastrinopenia ed un ritardo nel tempo di coagulazione del sangue: fenomeni che sono di breve durata e ad essi succede poi piastrinosi ed aumento della coagulabilità del sangue. Poichè inoltre queste variazioni si sono riscontrate anche nella seconda serie di esperimenti, si può ritenere che esse siano costanti.

Per l'interpretazione di detti fenomeni è necessario badare a un duplice ordine di fatti: 1) se si tratti di una distruzione delle piastrine, seguita poi da una rigenerazione, o piuttosto di un fenomeno di ineguale distribuzione, di questi elementi nei varii distretti vascolari; 2) quale ne sia la causa.

Circa la piastrinopenia, numerosi ricercatori l'hanno constatata in diversi processi morbosi specialmente poi in alcune emopatie, come nella leucemia linfocitica, e nell'anemia a tipo pernicioso. Nelle malattie infettive acute è stata anche notata da Deckwitz, Inada e Kubo, Port e Akiyama, Cattoretti, Giudiceandrea, Fornaca ed altri una diminuzione delle piastrine, coincidente con l'acme della febbre a cui poi succede, nella defervescenza, notevole aumento che permane durante l'epilessia, e anche durante la convalescenza. E così pure piastrinopenia è stata notata nello shock anafilattico.

Ammettendo una distruzione delle piastrine durante l'iperlavoro muscolare, la rigenerazione successiva dovrebbe essere caratterizzata dalla presenza in circolo di forme giovani, che ancora non abbiano raggiunto la completa maturità. Seguendo, infatti, con la maggior parte degli ematologi, la teoria di Wright, come hanno dimostrato Cesaris-Demel, Foà, Ferrara, Di Guglielmo ed altri, le piastrine avrebbero origine dai megacariociti del midollo, i quali, data la loro vicinanza coi vasi sanguigni, li verserebbero in essi continuamente, ed essi stessi inoltre avrebbero grande tendenza a penetrare in circolo, emettendo pseudopoli. E quando per uno stimolo qualsiasi che agisca sui tessuti emopoietici il normale processo di distacco e di differenziazione delle piastrine viene ad essere alterato, appaiono allora nel sangue delle piastrine giganti, altre con granulazioni azzurrofile, oltre a delle masse granulose rotondeggianti, e frammenti di protoplasma di varia forma. E così anche per processi reattivi dei tessuti emopoietici, nelle leucocitosi e nelle eritrocitosi, possono passare in circolo delle forme cellulari non completamente mature, come dei metamielociti e dei mielociti, delle emazie, con reazione granulofilamentosa e qualche volta eritroblasti ortocromatici.

Poichè invece negli strisci fatti dopo 6-24 ore dall'affaticamento, è stata riscontrata soltanto presenza di piastrine in completo sviluppo, possiamo ammettere, che più che una distruzione, l'iperlavoro muscolare produca una migrazione delle piastrine dalla periferia agli organi profondi.

Sono state infatti eseguite delle ricerche circa la possibile presenza di accumuli di piastrine negli organi interni dal Polettini, in animali normali, e sono stati constatati grandi ammassi nei vasi polmonari, senza alcuna lesione a carico dei polmoni stessi. Ed inoltre il Bernhardt ha notato nelle setticemie, e specie nel tifo, numerosissime piastrine nella milza e nel fegato, ricerca che ha grande valore, quando si pensi che nel tifo, nel sangue periferico si riscontra notevole piastrinopenia. E Cesaris-Demel spiega la piastrinopenia dello shock anafilattico come una migrazione delle piastrine dalla periferia agli organi profondi, perchè al cessare della piastrinepenia mancano appunto in circolo quelle forme giovani, di cui sopra si è parlato.

Dato però che dopo 24 ore si ha anche un aumento discreto del numero delle piastrine, rispetto a quello che era prima dell'affaticamento, oltre che al fenomeno di migrazione, bisogna anche pensare ad una reazione da parte del midollo, la quale però non è tanto intensa

da provocare la fuoriuscita in circolo di elementi giovani.

Questi fatti sono certamente in istretto legame con l'affaticamento acuto a cui sono stati sottoposti gli otto individui. Il subitaneo consumo del materiale dinamogeno delle cellule, la penetrazione in circolo dei prodotti derivanti, la produzione delle kenotossine, sono tutti fattori che influenzano in vario grado i diversi organi, secondo la maggiore o minore azione che su di essi può esercitare la fatica. Ed il sangue, per i motivi già innanzi esposti, risente maggiormente questa azione nociva. E se è vero che le tossine sono neutralizzate dalle antitossine, bisogna anche tener conto, che specie l'organismo che non è abituato ad iperlavoro non è capace di una pronta e subitanea reazione, colto quasi alla sprovvista dal loro abnorme aumento. E quando dopo 6 ore, e specialmente dopo 24 ore, l'organismo si è riposato, ed ha potuto eliminare tutte le scorie, e le kenotossine sono state completamente neutralizzate, quando è subentrato il periodo di riparazione del materiale dinamogeno della cellula, precedentemente consumato, si può ammettere che allora le piastrine tornino in circolo dagli organi profondi, oltre a quelle che sono prodotte dai tessuti emopoietici per un processo reattivo secondario.

Corrispondentemente a queste variazioni del contenuto in piastrine, si ha anche un ritardo nel tempo di coagulazione del sangue, a cui poi, dopo 24 ore, succede un lieve aumento. Ciò concorda pienamente con quanto molti hanno affermato, circa l'importanza di primissimo ordine delle piastrine nei fenomeni della coagulazione. Già il Bizzozero nel 1882 sostenne che i primi fenomeni della coagulazione erano dovuti all'agglutinarsi delle piastrine, a cui poi seguiva la loro fusione e frammentazione più o meno completa. E lo stesso pure hanno affermato molti altri fra cui Morawitz, Schneider, Kemp. Secondo altri invece, le piastrine avrebbero un'azione del tutto secondaria. Per Vinci e Chistoni non solo indispensabili perchè altri liquidi organici coagulano senza contenere piastrine; ammetteno però, che quando sono presenti, fanno coagulare il sangue in tempo molto minore. Il Ducceschi invece, basandosi sul fatto che la coagulazione avviene più o meno rapidamente nei liquidi contenenti del fibrinogeno, quando ad esso si aggiungono delle piastrine, mentre si arresta, allorchè si provoca la distruzione delle piastrine stesse, sostiene che questi elementi hanno grande importanza nei fenomeni della coagulazione. Inoltre egli ha notato, che aggiungendo, nel sangue, della cocaina, la coagulazione era impedita o ritardata e ciò perchè la cocaina impedisce o ritarda i fenomeni di agglutinazione delle piastrine. E così Le Sourd e Pagnez hanno constatato che aggiungendo delle piastrine a un plasma trattato con ossalato di sodio, la coagulazione avveniva rapidamente ed il coagulo era molto più refrattile.

Varia è stata l'interpretazione di tutti questi fenomeni. Secondo alcuni le piastrine produrrebbero la trombina, secondo altri metterebbero in libertà una trombocinasi che trasformerebbe il trombogeno in trombina. Con le moderne teorie fisico-chimiche si è considerata la coagulazione come dovuta ad alterazioni dell'equilibrio colloidale del siero. E gli elementi figurati del sangue (leucociti e specialmente le piastrine) favorirebbero la coagulazione, perchè secondo Nolf, Chiò ed altri, conterrebbero in maggiore concentrazione del plasma sostanze che entrano in reazione per la formazione della fibrina, cosicchè attorno ad essi si inizia quel fenomeno che poi si estende al resto del plasma. Ed infatti all'ultramicroscopio si constata che all'inizio della coagulazione attorno alle piastrine si deposita la fibrina sotto forma di aghi sottilissimi. Dalla superficie delle piastrine quindi comincerebbe la coagulazione e la fibrina poi finirebbe col disorganizzare le cellule stesse. Ed i cambiamenti di forma e di aspetto delle piastrine non sarebbero altro che cambiamenti di tensione superficiale, per la fibrina che viene ad addossarsi ad esse.

Ma qualunque sia la dottrina che si voglia seguire, è certo che, secondo la maggior parte dei ricercatori, le piastrine hanno grande importanza nel processo della coagulazione, e quindi l'aver riscontrato aumentato o diminuito il tempo di coagulazione con l'aumentare o col diminuire del numero delle piastrine concorda pienamente con tutte le altre ricerche.

Si può quindi affermare che l'affaticamento provoca una piastrinopenia, con ritardo della rapidità di coagulazione del sangue: fenomeni che non sono duraturi, in quanto che, dopo sei ore, già accennano a diminuire.

E così le piastrine, come i leucociti e gli eritrociti, subiscono anche esse delle modificazioni sia pure numeriche per l'iperlavoro muscolare. Ciò, pur non presentando alcuna specificità essendo comune a tanti processi diversi, denota ancora una volta come i varii elementi ematici risentano l'influsso della fatica. E la costanza dei risultati, ottenuti nella seconda serie di esperimenti, ci fa pensare alla possibilità che dette alterazioni ematiche diventino permanenti, anche tenuto

conto dei possibili adattamenti, in quegli individui che sono costretti a continuo iperlavoro.

E se oltre a ciò, si pensa a tutte le modificazioni delle varie proprietà biologiche (indice opsonico, potere fagocitario, ecc.), si può pure affermare, come già faceva notare il Ferrannini al IV Congresso per le Malattie Professionali, che molto stretto è il legame esistente fra lavoro e sangue, le cui alterazioni segnano spesso il primo inizio del male nel lavoratore.

CONCLUSIONI.

Dalle indagini sovra esposte risulta:

1) Esiste una notevole piastrinopenia, in seguito ad affaticamento acuto, indipendente dal lavoro fatto e dal tempo di affaticamento.

2) Detta piastrinopenia diminuisce già dopo 6 ore, e dopo 24 è sostituita da piastrinosi.

3) Questi fenomeni si possono spiegare in massima parte ammettendo una migrazione delle piastrine dalla periferia agli organi profondi e viceversa, oltre una lieve produzione reattiva da parte degli organi ematopoietici, dopo 24 ore.

4) Unitamente alla piastrinopenia e alla piastrinosi successiva si constata il ritardo e poi una maggiore rapidità della coagulazione del sangue: ciò che dimostra ancora una volta lo stretto nesso esistente tra piastrine e coagulazione, qualunque sia la spiegazione che se ne voglia dare.

5) Le variazioni del numero delle piastrine e del tempo di coagulabilità del sangue si possono considerare costanti, dato che negli individui che si sono affaticati una seconda volta, si sono avuti risultati identici ai primi.

6) Badando a tutte le modificazioni ematiche, sia di ordine biologico che morfologico che si riscontrano negli individui sottoposti ad iperlavoro muscolare, appare chiaro come il sangue risenta dell'affaticamento, e come esso quindi possa costituire molto facilmente il punto debole per lo sviluppo di processi morbosi.

BIBLIOGRAFIA.

AYNAUD. C. R. S. Biologie, 18 giugno 1910.
ID. C. R. S. Biologie, 9 luglio 1910.
BERNHARDT. Zieglers B., vol. LV.
BORDET. Académ. royale de médecine Belg., 24 giugno 1911.
ID. Bulletin of the Johns Hopkins Hospital, n. 365, 1921.
CARPENTIERI. IV Congr. Naz. Malattie del lavoro, 1913.
CATTORETTI. R. Acc. Med. Torino, 1919.
CESARIS DEMEL. Archivio Scienze Mediche, volume XXXVIII, n. 5.
ID. Pathologica. 1915, vol. VII.
ID. *Anafilassi*. Istit. Sierot. Milan.. 1923.
CHIO. Archivio di Farmacologia sperimentale, 1918, vol. XXV.
DEGKWITZ. Folia hæmatologia. vol. XXV, H. 3.
DI GUGLIELMO. Atti R. Acc. Med. Chir., Napoli, 1919.
ID. Hæmatologica, vol. I, 1920, n. 3.
DUCCESCHI. Archiv. italien de Biologie, 1915, vol. XLIV.
FERRANNINI. IV Congr. Naz. Malattie del lavoro, 1913.
FERRANNINI e FICHERA. Riforma Medica, 1916, n. 35, 37.
FERRATA. *Emopatie*, 1923.
FOA. Pathologica, 1914, vol. VI.
FORNACA. Policlinico, Sez. Med., 1909.
GIUDICEANDREA. *Tecnica e diagnostica ematologica*, 1919.
INADA e KUBO. Chugwai Jji Shimpo, n. 985.
MOSSO. La Fatica, 1905.
NOLF. *Traité du sang*: GILBERT e WEIMBERG. 1913.
PAGNIEZ. XIII Congr. Franc. di Medicina, Parigi, 1912.
PALMIERI. Studium, 1923, n. 9.
PALMULLI. Riforma Medica, 1913, n. 36.
PORT e AKIYAMA. Deut. Archiv f. Klin. Medizin, vol. CVI.
TIGERSTEDT. *Fisiologia dell'uomo*, 1924.
VINCI e CHISTONI. Archivio di Farmacologia sperimentale, 1909, vol. VIII.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DELLA MISERICORDIA
REPUBBLICA DI S. MARINO.

Un caso di atresia anale con fistola vaginale.

Dott. GIUSEPPE AQUILANTI, direttore, chirurgo primario.

Ritengo cosa non oziosa fissare in questa memoria un caso di atresia anale con fistola vaginale, presentandosi tipico e piuttosto raro.

Sotto la stessa denominazione sono state comprese il più delle volte erroneamente le fistole vestibolari.

Per conoscere la netta differenziazione esistente fra le due sia nel modo di origine che in quello di funzione, credo opportuno ricordare succintamente i vari tipi di atresia anale e richiamare i dati embriogenetici per far risaltare nettamente la differenza fra le due forme e far conoscere come non debba essere permessa la confusione fra esse. E mentre le fistole vestibolari sono abbastanza frequenti, le fistole vaginali rappresentano casi rari.

Le atresie anali si accompagnano nella maggior parte dei casi con la formazione di tragitti fistolosi i quali sboccano dal fondo cieco rettale verso le cavità interne dell'apparato uro-genitale o verso la superficie esterna del corpo, costituendo un'atresia del retto con formazione interna ed esterna di fistole. Le prime

vanno dal fondo cieco-rettale alla vescica o alla porzione prostatica dell'uretra nei maschi, mentre nelle femmine sboccano nell'utero o nella vagina. Le seconde sono caratterizzate dalla presenza di un tragitto fistoloso, che, decorrendo ad una profondità diversa (in generale superficialmente sotto la cute) vanno dal fondo cieco del retto fino ad un punto variabile della superficie cutanea, terminando nei bambini sul rafe del perineo oppure in rapporto dello scroto o della faccia inferiore del pene, o perfino alla faccia inferiore del frenulo. Tali fistole rappresentano per lo più tragitti stretti ed i loro orifizi spesso non lasciano passare una sonda che con difficoltà.

Prenderò in considerazione lo sviluppo dell'estremità posteriore dell'embrione.

Nella linea primitiva si possono distinguere tre parti di cui nel nostro caso ci interesserà soltanto la posteriore. Questa porzione dovendo presiedere alla formazione dell'ano viene detta membrana anale. Essa è costituita dall'accollamento dell'ectoderma e dell'endoderma ed è limitata dal mesoderma diviso in due lamine. Causa l'accrescimento della linea primitiva, la membrana anale cambia di posizione e l'embrione viene a possedere in tal modo un'estremità sporgente indietro, la cui faccia dorsale è formata dalla linea primitiva e la faccia ventrale dalla membrana anale. L'estremità posteriore del tronco racchiude uno sfondato: l'intestino posteriore ed anteriormente alla membrana anale si forma un bottone cavo endodermico: la vescicola allantoide. Così l'intestino posteriore in cui sboccano ad un tempo l'intestino propriamente detto e l'allantoide ha ricevuto il nome di cloaca interna.

La membrana anale dapprima sottile s'inspessisce in modo da fornire un tappo che chiude in avanti la cloaca interna: tappo cloacale di Tourneux.

La cloaca interna a poco a poco si divide per la formazione di un tramezzo frontale in un canale anteriore che facendo seguito all'allantoide costituirà il canale uro-genitale ed uno posteriore che continuando il decorso del tubo digerente costituirà la parte terminale del retto.

Per la formazione del tramezzo che divide la cloaca, anche il tappo cloacale rimane diviso in due parti: una uro-genitale, l'altra anale. Ma presto queste due parti scompaiono: le cellule di cui è costituito il tappo dapprima strettamente stipate fra loro si fanno più lasse quasi che si allontanassero le une dalle altre, costituendo delle lacune che dapprima piccole ed isolate finiscono per confluire facendo scomparire la porzione mediana del tappo, facendo comunicare la cavità dell'intestino coll'esterno e determinando così la formazione dell'orificio anale, mentre lo sviluppo del retto avviene per la massima parte dal tramezzamento della cloaca interna.

Ciò è quando succede normalmente. E in tale sviluppo che ha inizio nel quarto mese della vita fetale si hanno dei punti di capitale importanza. Così vediamo come tra l'estremità caudale dell'intestino e del peduncolo dell'allantoide che dapprima comunicano fra di loro ed il cui sbocco forma la cloaca interna, si formi un tramezzo trasversale. Se la saldatura sarà completa, come dovrebbe avvenire e come generalmente avviene, avremo la formazione normale dei detti condotti; ma se essa viene a mancare, in un punto si creerà una comunicazione fra le due cavità e la conseguente fistola. Se essa si verificherà su un punto della porzione media avremo la fistola tra il retto e la vescica nell'uomo, tra il retto e la porzione alta della vagina o tra il retto e l'utero nella donna. Se la mancata saldatura avviene nelle parti basse avremo la fistola tra il retto e l'uretere nell'uomo o tra il retto e vagina nella donna.

E d'altra parte il tubo ano-rettale non si costituisce, come si credeva, a spese della fossetta ectodermica anale e dello intestino posteriore, ma si è visto come l'ano e il retto abbiano un'origine distinta. Ora la canalizzazione può subire o degli arresti totali o parziali o dei semplici difetti. Può quindi avvenire che il retto subisca un arresto totale di sviluppo, ovvero un insufficiente sviluppo interessante o l'ano la cui perforazione non si compie, o il retto il cui fondo cieco rimane a qualche distanza dall'orificio anale. In questi casi si produrranno le fistole interne.

Le fistole esterne dovranno invece ritenersi come irregolarità della formazione del perineo. Esso si forma da due pretuberanze ai lati della cloaca, fondendosi sulla linea mediana. Posteriormente a tale fusione abbiamo il seno ano-rettale; anteriormente il seno uro-genitale.

Per le pretuberanze anali è posta una doccia superficiale che si chiude normalmente sul rafe del perineo, ma che può in casi di atresia anale rimanere aperta costituendo un canale comunicante posteriormente col retto e terminante anteriormente o allo scroto ed al pene nell'uomo o alla vulva nella donna.

Dai dati succintamente esposti risulta che le fistole interne sono in relazione con la persistenza dei vari residui della cloaca interna, mentre le fistole esterne non hanno una relazione con una spiegazione embriogenetica, ma sibbene patologica. La differenziazione quindi

fra le fistole esterne ed interne, mi sembra netta ed evidente: l'imene segna il limite tra i tessuti di origine entodermica ed ectodermica e di essa infatti la lamella superiore è di origine entodermica e l'inferiore d'origine ectodermica.

M. C., a. 26, S. Marino. Fu ricoverata in questo Ospedale per mastoidite acuta sinistra di cui fu operata. Un'infermiera dovendo praticare un clistere evacuativo si trovò innanzi ad una seria difficoltà: all'assenza dello sfintere anale. Tale difficoltà fu prontamente superata dall'ammalata stessa introducendo la canula nel retto.

Interrogata convenientemente la paziente, dopo essere stato messo a parte dell'incidente dall'infermiera, seppi che l'ammalata fin da bambina aveva appreso dalla mamma di essere nata con una imperfezione del retto.

L'inferma non ha avuto nessuna malattia precedente degna di nota e non ha mai risentito il minimo disturbo dall'imperfezione di cui è affetta. La defecazione si è sempre compiuta normalissima senza la più piccola difficoltà.

Esame obbiettivo. — Costituzione scheletrica normale. Nulla di notevole a carico dei principali organi. All'esame esterno rettale si riscontra: assenza dell'ano ed in sua vece si nota una lieve infossatura, attorno alla quale si rilevano evidenti contrazioni muscolari volontarie, dipendenti dalla completa funzione dell'elevatore dell'ano.

All'esame dei genitali esterni appare evidente la mancanza dell'imene.

Coll'esplorazione vaginale si nota sulla porzione inferiore della parete posteriore della vagina un'apertura attraverso la quale penetra con tutta facilità un dito. Detta apertura comunica con un canale piuttosto ampio della lunghezza di circa cinque centimetri avente una direzione lievemente dal basso in alto, dall'avanti all'indietro, raggiungendo l'ampolla rettale.

Invitando la paziente, mentre si compie la esplorazione vaginale, a contrarre lo sfintere risultano nette le contrazioni all'intorno dell'infossatura corrispondente allo sfintere esterno, mentre il tragitto dall'ampolla allo sbocco vaginale non fa rilevare la più piccola contrazione. Non si nota in modo assoluto la perdita di feci nè l'emissione involontaria di gas.

Non vi è alcun dubbio sulla varietà dell'anomalia. L'atresia anale nel caso esposto si accompagna ad una fistola vaginale vera e propria da non confondersi con le più comuni fistole vestibolari. Qui infatti non abbiamo alcun condotto fistoloso decorrente lungo il perineo e che sbocchi, come avviene il più delle volte, nella fossetta navicolare; qui non abbiamo un orifizio visibile ad occhio nudo, poichè non situato nei genitali esterni, mentre invece il seno fistoloso si apre sulla parete posteriore della vagina al di sopra dell'imene.

Ed un'altra particolarità, presenta il caso; l'ampiezza del condotto fistoloso; la mancanza di qualsiasi disturbo fa chiaramente comprendere come non vi sia mai stato il più piccolo ristagno fecale e ciò prova che il condotto tra l'ampolla rettale e lo sbocco nella vagina debba essere stato ampio. Ora è noto che le fistole vestibolari si caratterizzano per la maggiore ampiezza, mentre il più delle volte le fistole vaginali presentano notevole ristrettezza del loro condotto determinando complicazioni tanto gravi da rendere necessario un intervento chirurgico per il conservamento della vita.

Si potrebbe obbiettare come si sia potuta compiere la defacazione normale fin dai primi giorni di vita superando l'ostacolo dell'imene.

Non ritengo neppure necessario invocare la possibilità di altre imperfezioni dell'apparato genitale che spesse volte si accompagnano all'atresia anale, ritenendo sufficiente al libero passaggio delle feci la perforazione dell'imene, poichè anche individui con stringimenti congeniti tubolari piuttosto stretti hanno potuto raggiungere un'età avanzata per quanto soffrissero molto durante la defecazione ed avessero accumulate nel crasso una grande quantità di feci. E che ciò sia possibile è dimostrato dal fatto che le fistole vescicali ed uretrali, pur rappresentando condizioni sfavorevoli e determinando il più delle volte prognosi infausta per l'occlusione totale del retto, hanno permesso talvolta il mantenimento in vita per lungo tempo.

Così Page riferì di un caso nel quale il paziente vuotava la totalità delle feci per la uretra ed aveva 54 anni. E se fistole vescicali per la mescolanza delle feci coll'urina condussero rapidamente alla putrefazione di questa, a cistiti gravi, alla formazione di concrementi e alla pielonefrite, complicazioni che presto conducono a morte, può darsi che il mecomio sciolto nell'urina raccolta in vescica abbia potuto giungere in modo ancora relativamente facile all'esterno, mentre il contenuto intestinale attraversando la fistola uretrale siccome è a grumi, abbia trovato una grande difficoltà ad attraversare l'uretra stessa.

E se pure con tali difficoltà abbiamo esempi di fistole uretrali che han permesso il mantenimento in vita, a maggior ragione possiamo ritenerlo possibile nelle fistole vaginali in cui di fronte alle prime sono sempre più ampie ed in cui l'assenza dei disturbi dipende principalmente dalla brevità della fistola e dalla ampiezza e dalla facilità di dilatazione.

Sarebbe di certo stato interessante l'intervento chirurgico per sopprimere l'anomalia e ricostruire le parti nella loro integrità. Ed a mio parere ciò non avrebbe presentato eccessive difficoltà, poichè il retto situato poco pro-

fondamente dal piano perineale avrebbe potuto essere fissato alla cute nel punto della lieve infossatura, mentre il funzionamento dell'elevatore dell'ano avrebbe determinata la completa continenza di feci. E nello stesso tempo raggiunto il punto di partenza del seno fistoloso sarebbe stato facile obliterarlo.

La mancanza peraltro di qualsiasi disturbo non ha mai fatto risentire la necessità di un tale intervento e credo che neanche col passar del tempo potrà essere richiesto, poichè certamente continueranno a mantenersi ottime le condizioni di funzionalità del seno fistoloso.

OSPEDALE CIVILE DI CESENA
SEZIONE MEDICA DIRETTA DAL PROF. E. MONDOLFO.

La polidattilia peduncolata dei bambini.

Dott. GIUSEPPE ARTUSI, aiuto.

Tra le varietà di polidattilia, una delle meno frequenti è la «polidattilia transitoria» di Pires de Lima (1916).

Desage, veramente pensa che questa anomalia non sia più rara delle altre specie di polidattilia, ma che capiti non frequentemente all'osservazione del medico, perchè i genitori, senza bisogno di ricorrere al chirurgo, fanno cadere essi stessi il dito soprannumerario, legandone il peduncolo con un filo, o tagliandolo con un colpo di forbici.

Certo che la stessa naturale transitorietà della malformazione, mentre fa di questa una polidattilia propria della primissima infanzia, contribuisce a far passare qualche caso inosservato.

Nei giornali italiani di quest'ultimo ventennio, non ho trovato descritto alcun caso della suddetta anomalia. Nei giornali francesi e portoghesi ne sono registrati, invece, vari casi, e una vera raccolta del genere ne ha fatto lo stesso Pires de Lima.

Questa polidattilia transitoria è, per lo più, un'esadattilia in cui il dito soprannumerario è costituito da un caratteristico sottile peduncolo che si continua con una falange ungueale di aspetto comune.

Il sesto dito è ora alla mano destra, ora alla sinistra, ora ad entrambi le mani: il peduncolo, di varia lunghezza e di vario spessore, filiforme, talvolta, come nel caso di Goirand, ma comunemente imbutiforme o a clessidra, ha il suo punto d'attacco abituale all'ultima o alla penultima falange del primo o quinto dito (le dita esterne sono preferite alle centrali), quasi sempre un po' distante dall'articolazione.

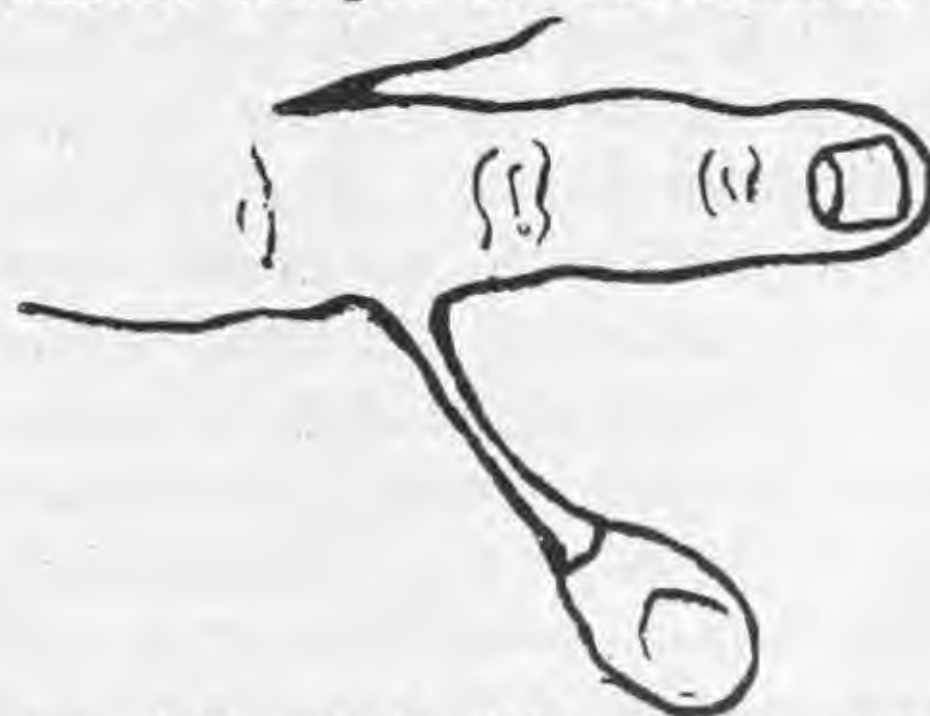
La falange ungueale può essere, talvolta, non perfettamente formata: così spesso manca l'unghia o v'è solo un accenno d'unghia. Nei casi in cui la falange è molto rudimentale, essa assume l'aspetto di una pallottolina, di un cece, di un fagiolo.

Sezionando il dito soprannumerario si vede che il peduncolo contiene generalmente un'arteria e una vena, mentre il dito vero e proprio è formato in prevalenza di tessuto adiposo con una piccola cartilagine centrale (Goirand). Nella pluralità dei casi le arterie e le vene del peduncolo non permettono che una circolazione molto difettosa, che porta, per naturale conseguenza la perdita del sesto dito.

Quando, invece, sono possibili scambi nutritizii sufficienti, il dito soprannumerario non ha tendenza a cadere: così M. Samson descrive un caso, di un bambino di due mesi e mezzo, dove le dita peduncolate non erano cadute, e Desage un caso dove le dita non solo persistevano ancora all'età di sette mesi, ma la famiglia non era riuscita a farle cadere nemmeno con la legatura del peduncolo. Degno di ricordo la persistenza di un dito soprannumerario peduncolato alla mano sinistra in un ragazzo di quattordici anni, nonostante la finezza del peduncolo, in un altro caso illustrato dal Desage.

Per queste ragioni è stato da qualche Autore ritenuto inesatto il termine di «polidattilia transitoria»; ma io credo che la transitorietà della polidattilia a peduncolo, non debba essere messa in dubbio, per poche eccezioni alla regola. Certo bisogna mettersi d'accordo sul significato del «transitoria»: se alcuni noduli digitali soprannumerarii cadono in gangrena e si staccano in pochi giorni, in altri casi la transitorietà è di qualche mese o di qualche anno.

Non è allora la circolazione difettosa causa della perdita del dito, ma la caduta è determinata da altri fattori, che, in un caso recentemente occorsomi di polidattilia a peduncolo e che qui accenno brevemente, ho potuto mettere in evidenza.

Si tratta di Vilma C., neonata, che presenta un sesto dito peduncolato alla mano destra, alla mano sinistra e al piede sinistro: attacco del peduncolo sempre al lato esterno della prima falange del quinto dito, in un punto equidistante tra le articolazioni della falange stessa; dimensioni del peduncolo di circa mm. 12×3 alle mani, 3×2 al piede; falange ungueale del

tutto rudimentaria; assenza d'unghia formata; presenza del vallo ungueale. Peso della bambina: 3.914. Normali la placenta, le membrane ovulari, il cordone ombellicale. Normale il liquido ammiotico per quantità e qualità.

Obbiettivamente la bambina non presenta null'altro di patologico; assenti le solite stigmate eredoluetiche, particolarmente ricercate. Quanto ai genitori: madre primipara, sanissima; padre giovane e sano.

L'anamnesi più accurata esclude casi pregressi di polidattilia sia in via ascendente che collaterale.

Non è quindi in questo caso dimostrabile un'influenza ereditaria della polidattilia: questa trasmissione ereditaria, però, è stata anche recentemente affermata. A parte le note ricerche di Braus e Barfurth che dimostrarono sperimentalmente nei polli l'ereditarietà di queste anomalie, è suggestivo il caso di una famiglia di polidattili ricordato da Pires de Lima, dove la polidattilia si trasmetteva in linea maschile, e dove su 19 persone, 13 ne furono colpite.

Ma il caso di Vilma C. interessa in modo particolare perchè, anche ad un'osservazione macroscopica grossolana, risaltava in esso una particolare delicatezza e friabilità degli elementi del peduncolo, che si ulceravano anche per lievi insulti meccanici.

Ecco dunque un nuovo elemento per la transitorietà della polidattilia peduncolata, sul quale, ch'io sappia, nessuno aveva mai posto sufficiente attenzione.

Bisogna pensare che le dita sono, tra le parti del corpo, quelle più esposte a traumatismi di ogni genere e che il peduncolo è la parte più malformata, più sottile e di maggior debolezza vitale: i traumi determinano quindi, prima o poi, quel sopravvento dei tessuti cicatriziali-necrotici che porta alla caduta del dito.

Così avvenne nel caso nostro; con questo meccanismo credo si possano spiegare altre cadute tardive del sesto dito peduncolato.

La delicatezza e la scarsa resistenza degli elementi del peduncolo, in contrasto con la normalità degli elementi della falange ungueale, fu facilmente constatata anche alla seduta scientifica del 4 maggio 1924 della Società medico-chirurgica della Romagna, in Lugo, ove io presentai fotografie e pezzi anatomici del caso surriferito, caso che ho potuto osservare e studiare per la cortesia del dott. Aldo Wallusching, che qui pubblicamente ringrazio.

Nella suddetta seduta scientifica illustrai pure quali rapporti intercedano tra polidattilia peduncolata e lue: la presenza di un sesto dito peduncolato non è un'anomalia «specifica»; essa nulla ha di comune con le altre malformazioni così frequenti nella sifilide ereditaria ed ove esista sola, non autorizza la diagnosi di eredolue.

BIBLIOGRAFIA.

J. A. PIRES DE LIMA. *Sobre anomalias dos membros.* Anais. da Fac. Med. do Porto t. III, p. 1 (1916).
ID. *Polydactylie transitoire* C. R. Soc. Biol., t. 83.
ID. La Presse Méd., 8 sett. 1923.
ID. Congrès de la Soc. espagnole pour l'avancement des Sciences, Salamanque, 1923.
M. SAMSON. La Presse Méd., 7 nov. 1923.
DESAGE. La Presse Méd., 13 febbr. 1924.
R. GOIRAND. La Presse Méd., 9 febbr. 1924.
J. A. PIRES DE LIMA. *Sur la polydactylie transitoire.* La Presse Méd., 2 aprile 1924.
G. ARTUSI. *Una varietà non comune di polidattilia.* Soc. Med. Chir. Romagna, 4 mag. 1924.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

La vertigine.

(ROLLESTON, HOLMES, SCOTT, FISHER. *Proceed. Royal Society of Medicine,* giugno 1924).

Alla *Royal Society of Medicine* di Londra si è tenuta un'ampia discussione sulla vertigine; vi hanno, tra gli altri, preso parte Rolleston, Holmes, Scott, Fischer, trattando l'argomento rispettivamente dai punti di vista generale, neurologico, otologico ed oftalmologico.

Rolleston ricorda la definizione della vertigine di Jones: «una sensazione subiettiva di disturbata relazione fra il corpo e gli oggetti che ne circondano»; e quella di Scott: «uno stato di coscienza con effetto su i centri motori derivante da una mancanza di armonia tra le impressioni afferenti». Per tale definizione il disturbo può dipendere da alterazioni del sistema vestibolare, dal suo organo terminale al nucleo di Deiters fino al cervelletto ed al cervello, alterazioni consistenti in lesioni organiche o in intossicazioni agenti sul tessuto nervoso direttamente o attraverso disturbi vasomotori.

Le impressioni afferenti la cui disarmonia produrrebbe la vertigine sono per ordine di importanza: vestibolari, oculari, cenestetiche (muscolari, articolari, viscerali).

La presenza di un'affezione auricolare non prova che la vertigine sia esclusivamente dovuta all'affezione stessa. È osservazione comune che esistono otopatie senza vertigini, come vi sono vertigini a carattere schiettamente analogo a quelle determinate da lesioni del sistema vestibolare senza che si riesca a mettere in evidenza alcuna lesione di quest'ultimo.

Si deve ammettere che la vertigine può essere provocata da un'alterazione transitoria, tossica, vascolare o, come generalmente si dice, funzionale, tanto della parte periferica come delle terminazioni corticali del sistema vestibolare. Al riguardo sono molto significative le osservazioni nei sordo-muti con completa distruzione di ambo i labirinti, nei quali si possono verificare sensazioni vertiginose sotto la influenza di certe sostanze come la chinina, i salicilati, l'alcool, il tabacco, il piombo, l'indolo. Un gran numero di veleni derivanti da alterazioni del ricambio, come nella gotta, nella nefrite, nell'arteriosclerosi, nella stasi intestinale, nelle infezioni, sono considerati provocatori di vertigini; ma allo stato dei fatti non è possibile dire come e dove essi agiscono nel provocare il disturbo stesso.

Si è affermato che gli stati anafilattici provocano vertigini per alterazione transitoria dei canali semicircolari. Sergent ha recentemente assimilato la vertigine all'asma, all'epilessia ed alla tachicardia parossistica considerandole tutte manifestazioni di discrasia umorale. Duke riferisce casi di ipersensibilità, tali come l'asma e l'orticaria, nei quali gli accessi vertiginosi si potevano provocare o far scomparire a volontà con l'uso o la sospensione di certi alimenti, o che scomparivano anche con la somministrazione di adrenalina. Jones ha riferito casi dovuti alla ingestione di pesce o di uova. Weber ammette che disturbi angioneurotici nel labirinto, aumentando la pressione nei canali semicircolari, possono provocare vertigine. Vernet ha avanzato la ipotesi che i disordini endocrini possono causare vertigini modificando le condizioni vasomotorie del labirinto vestibolare e suggeriscono l'adrenalina come medicamento. Dalché e Labernadie ritengono che i disturbi ovarici provocano otospongiosi con le conseguenti alterazioni dei canali semicircolari e le vertigini.

L'origine gastro-intestinale della vertigine è stata molto discussa. Trousseau distinse la «*vertigo a stomaco laeso*» dalla «*vertigo ab aura laesa*» e questa distinzione ha avuta a torto molta voga. Bonnier considera i casi attribuiti ad origine intestinale dovuti ad un abbassamento della pressione dell'endolinfa nel labirinto vestibolare e a disturbi vasomotori determinati da un riflesso partente dalla cavità addominale. Attualmente le manifestazioni gastrche e le vertigini sono considerate come fatti puramnte concomitanti senza alcuna relazione di causa ed effetto. Tuttavia non si può scludere che vi siano casi nei quali la vertigine abbia un'origine gastro-intestinale sia riflessa per la via cerebrale, sia per intossicazione diretta del sistema vestibolare. Analogamente non si può escludre che la insufficienza epatica possa provocare vertigini per azione dei veleni, l'indolo, ad es., non trattenuti o neutralizzati nel fegato. In due casi di cefalea e vertigini Holmes trovò che questi due sintomi erano provocati da eccesso di acido urico nel sangue. Lermoyer attribuì la vertigine ad uno spasmo dell'arteria vestibolare in soggetti gottosi e reumo-artritici, i cui labirinti vestibolari erano sensibilissimi all'azione dei veleni alimentari, e sostiene che il carattere intermittente del disturbo è di origine vasomatoria. Lo stesso autore ricorda un caso di morbo di Reynand nel quale la sordità era dovuta allo spasmo del ramo cocleare e la vertigine allo spasmo del ramo vestibolare dell'arteria dell'orecchio interno.

L'associazione delle malattie delle arterie con la vertigine può essere spiegata in vari modi. Occorre innanzi tutto metter fuori causa la sifilide che può procurare arterite obliterante e lesioni dei canali semicircolari. L'ipertensione aumenta la pressione del liquido cefalo-rachidiano e dell'endolinfa, la cui tensione per altro può subire modificazioni in rapporto alla forza della sistole. I vasi arteriosclerotici tendono allo spasmo e la vertigine può essere spiegata come effetto dello spasmo dell'arteria uditiva interna o delle arterie cerebellari, pontine o cerebrali. Nella arteriosclerosi cerebrale avanzata si verificano attacchi transitori di paralisi o di afasia ed analogamente si può presumere che le vertigini in tali casi siano in rapporto ad un'anemia corticale transitoria da spasmi vasali. Una particolare considerazione merita la sindrome del nucleo di Deiters o malattia di Bonnier consistente in vertigini, disturbi oculo-motori, nevralgia del trigemino, e sintomi dovuti a lesioni dei nuclei adiacenti (sete, poliuria, disturbi vasomotori). Al riguardo è interessante la presenza di vertigini nella sindrome di Stokes-Adams e la loro assenza nel semplice blocco cardiaco. Huchard, prima che si riconoscesse il fattore causale della malattia nel fascio Kent-His, considerò la sindrome di Stokes-Adams dovuta ad alterazioni del nucleo vagale; benchè egli avesse torto circa la causa della bradicardia, per la vertigine si deve ancora ritenere che essa è dovuta all'arteriosclerosi dei vasi del nucleo di Deiters.

Quando l'arteriosclerosi si combina a malattie renali la vertigine può essere attribuita all'aumento di tensione dell'endolinfa per essudazione corrispondente all'edema di altre

parti, ad alterazioni del nervo vestibolare analoghe a quelle del nervo ottico, all'azione dei veleni uremici.

L'embolia dei vasi del labirinto, che può verificarsi nell'endocardite maligna, può modificare le condizioni dei canali semicircolari, donde vertigini. È probabile che la vertigine della malattia dei cassoni sia dovuta ad embolia gassosa dei vasi del labirinto.

La vertigine laringea è stata considerata come una forma di epilessia, come la conseguenza di un impulso diffondentesi dal nucleo del vago a quello del nervo vestibolare, o come l'effetto di un improvviso aumento della pressione o anche di piccoli stravasi nei canali semicircolari conseguenti agli sforzi espiratorii. Bonnier al riguardo ricorda per analogia le emorragie sottocongiuntivali della pertosse.

La vertigine dell'anemia può essere spiegata con alterazioni dei centri bulbari e corticali; ma devesi ricordare che nell'anemia postemorragica si possono avere alterazioni degenerative nella retina, non è quindi da escludersi che alcun che di simile possa verificarsi nelle terminazioni del nervo vestibolare.

Anche la vertigine della leucemia è dovuta a stravasi nel labirinto, come è stato dimostrato da alcune necroscopie.

Gerlier studiò una sindrome vertiginosa che si verificò nel secolo scorso nei dintorni di Ginevra, detta vertigine paralizzante, che colpì epidemicamente contadini e pastori. Essa si diffondeva in estate e scompariva con i primi freddi. Fu attribuita dal popolo a stregoneria e chiamata *le tourniquet*. Fu considerata come una manifestazione isterica ed attribuita anche ad infezione.

Miura descrisse una sindrome vertiginosa, il così detto *Kubisogari*, che si manifesta in forma epidemica durante le estate nelle regioni settentrionali del Giappone. Egli la identificò con la malattia di Gerlier, di cui sopra, con la quale ha comune anche la circostanza che si manifesta in individui frequentatori di stalle. Oltre la vertigine sono presenti altri sintomi, come grave dolore alla nuca, miastenia transitoria, disturbi oculari (ptosi, riduzione della vista, diplopia). Nè in Svizzera, nè in Giappone la malattia ebbe mai esito letale.

***

Holmes riferisce sulle vertigini di origine schiettamente nervosa. La vertigine, egli osserva, è un sintoma comune delle lesioni sia del tronco cerebrale che della corteccia.

Considerando le malattie della fossa posteriore del cranio devonsi innanzi tutto ricordare le lesioni della porzione intracranica del nervo vestibolare nel suo tratto pontino, bulbare o nel suo nucleo terminale, e poi le lesioni di quella parte del sistema nervoso centrale che sono intimamente, benchè indirettamente connesse con il labirinto, ossia il bulbo, il cervelletto ed il cervello medio.

Sono ben noti gli accessi vertiginosi che costituiscono il sintomo prominente delle affezioni del nervo vestibolare nel suo decorso intracranico, quando il nervo stesso è compresso da un tumore, da una meningite, da una gomma, o, come avviene più frequentemente, da un vaso arteriosclerotico. C'è una sensazione di rotazione dal lato malato verso il sano, ed una rotazione degli oggetti esterni in senso inverso. Si ha anche una perdita completa dell'udito, ma per lo più la vertigine persiste anche quando l'udito è ritornato, il che non suole avvenire nelle vertigini di origine auricolare.

Le affezioni intrabulbari interessanti le terminazioni o i nuclei centrali delle fibre vestibolari sono una causa meno comune di vertigini, ma le lesioni vascolari acute del ponte e del bulbo sono annunziate da intensi accessi vertiginosi.

Le lesioni di quelle porzioni del ponte, del cervello medio e del cervelletto intimamente connesse con il nucleo vestibolare danno vertigini dello stesso tipo. Ma la frequenza della vertigine delle affezioni cerebellari è stata finora supervalutata. L'autore non crede che i piccoli focolai di rammollimento della corteccia del cervelletto che si constatano occasionalmente al tavolo anatomico siano causa frequente di vertigine; questa è molto comune quando il rammollimento si approfondisce nella sostanza bianca o fino ai nuclei centrali e particolarmente quando sono compromessi i peduncoli cerebellari. Anche i tumori di queste regioni producono vertigine, ma di solito meno violente. Non è molto raro per altro osservare casi non dubbi di tumore cerebellare, nei quali il paziente ha scarse sensazioni vertiginose o non ne ha affatto. Sembra che in questi casi la vertigine, quando esiste, debba mettersi in conto, più che ad un fatto irritativo, all'aumento della pressione endocranica. Anche nelle affezioni degenerative del cervelletto si hanno vertigini: ma probabilmente si tratta di un disturbo secondario dell'equilibrio, più che di un fatto irritativo o di difetto di funzione.

Nelle affezioni del cervello anteriore si ha vertigine solo quando è lesa la corteccia o la sostanza bianca subcorticale. Le lesioni dei

gangli della base o della sostanza bianca centrale non danno mai vertigini a meno che non provochino aumento della pressione endocranica o disturbino la circolazione corticale.

Non è provato che nella corteccia esiste un centro dell'equilibrio. Nei lobi frontali vi sono centri per i movimenti del capo e degli occhi dell'opposto lato, la cui eccitazione provoca movimenti clonici delle dette parti accompagnati da sensazioni di rotazione del corpo e degli oggetti esterni, il che conduce ad un disturbo dell'equilibrio. Ma gli stessi movimenti spasmodici del capo e degli occhi accompagnati pure da vertigine sono determinati dalla eccitazione o da lesioni irritative dei lobi occipitali, temporali e parietali. Talvolta, come si è largamente constatato durante la guerra, le lesioni stesse danno vertigine senza movimenti clonici. Ciò può spiegarsi ammettendo che la lesione disorganizzi le funzioni di quelle parti del cervello solo fino al punto da produrre la sensazione subiettiva di vertigine, senza provocare fenomeni convulsivi.

Tutte le lesioni cerebrali, siano esse corticali o delle regioni più intimamente connesse con i nervi vestibolari, danno una vertigine ben definita, una sensazione di rotazione o di spostamento, o di movimenti degli oggetti esterni, con un senso di malessere che può condurre fino alla confusione mentale ed all'obnubilamento della coscienza; spesso si hanno anche disturbi viscerali e vasomotori (vomito, palpitazione, pallore, sudore). Talvolta si verificano anche segni obbiettivi come perdita dell'equilibrio, nistagmo e movimenti reattivi. Comunque si possono avere tipi di vertigine meno completi e netti, un semplice e fugace giramento di testa, una momentanea incertezza dell'equilibrio, un senso di spostamento o altro indefinito movimento degli oggetti esterni.

Oltre che delle lesioni a focolaio la vertigine può essere un sintoma di affezioni cerebrali diffuse, quali l'arteriosclerosi, l'anemia ed altre malattie del sistema cardiovascolare.

La vertigine può costituire un sintomo di altre malattie nervose, in ispecie dell'epilessia e dell'emicrania. Nell'epilessia può rappresentare l'avviso o l'aura di un attacco o costituirne un equivalente. Consiste in una rapida rotazione del corpo degli oggetti esterni o di tutte e due, o anche in un giramento di testa di forma particolare che i pazienti non riscono ad analizzare e a descrivere. Tal volta sono violentissime ed accompagnate anche da perdita momentanea della coscienza.

Gli accessi di emicrania sono talvolta accompagnati o sostituiti da sensazioni descritte dai pazienti come giramento di testa; talvolta ci è una vera crisi vertiginosa, talvolta una sensazione di instabilità e di apparente movimento degli oggetti con o senza cefalea e nausea.

La vertigine non costituisce un sintoma dell'isteria; quando la si riscontri si può pensare ad altre cause o alla persistenza di una forma anteriore di origine diversa.

***

Sydney Scott s'intrattiene su le vertigini che hanno il loro punto di partenza nel labirinto.

Le labirintiti sono d'ordinario prodotte dalla diffusione dell'infezione all'orecchio interno: i germi disintegrano la membrana secondaria e penetrano nel labirinto. Quando pertanto compaiono le vertigini nel corso dell'otite media bisogna pensare alla probabilità di partecipazione del labirinto. Probablità e non certezza perchè il labirinto pur rimanendo normale può essere disturbato da processi vicini: in molti casi di otite media acuta allo stato iniziale e prima della rottura della membrana timpanica si hanno vertigini e nistagmo.

La distinzione tra disturbi labirintici da distensione e quelli dovuti a cause extralabirintiche può essere fatta a mezzo delle prove in uso.

Le esperienze fatte su gli effetti delle variazioni atmosferiche hanno confermato le osservazioni di Politzer. Le variazioni di pressione si trasmettono al labirinto a mezzo dei movimenti della staffa. Nei casi quindi di sordità unilaterale per anchilosi di detto ossicino, la causa delle eventuali vertigini negli aviatori e l'orecchio nel quale non c'è segno di anchilosi.

Una causa molto comune di vertigini è costituita da un transitorio disturbo delle terminazioni periferiche del nervo vestibolare. Gli esami e le prove con lo stimolo calorico, ed eventualmente con la sedia rotante e con la corrente galvanica, fanno escludere in tali casi una lesione intralabirintica.

È certo di grande importanza accertare se le vertigini sieno dovute a libirintite, ma è pur vero che le più frequenti cause di vertigine auricolare non sono dovute ad affezione labirintica, ma alla insufficienza della tromba di Eustachio. L'alta percentuale delle vertigini consecutive ai catarri rino-faringei ne sono una prova.

Herbert Fisher tratta della importanza dei disturbi dell'organo della visione nella patogenesi della vertigine. Le sensazioni visive, gli impulsi provenienti dai muscoli esterni ed in-

terni dell'occhio, nonchè lo stato della loro validità, sono tutti fatti che contribuiscono grandemente al mantenimento dell'equilibrio.

L'equilibrio del corpo è mantenuto dalla sensibilità superficiale e profonda, dal senso muscolare ed articolare, dagli impulsi provenienti dai canali semicircolari, e dalla funzione visiva.

E i vizi di rifrazione non adeguatamente corretti provocano sensazioni vertiginose.

Ma la parte più importante è rappresentata dai muscoli oculari interni ed esterni. Perchè si abbia una sensazione normale dell'equilibrio del corpo è necessario che essi funzionino coordinatamente in modo che si possa apprezzare correttamente le varie relazioni degli oggetti del mondo esterno. A mezzo del senso muscolare dei muscoli oculari si apprezza incosciamente la posizione degli occhi e la loro orientazione nei rapporti degli oggetti esterni. Ciò porta ad un orientamento subiettivo, il cui disordine insieme ad una falsa percezione dà vertigini o perdita dell'equilibrio.

L'oftalmoplegia esterna, come il nistagmo labirintico, o come lo spasmo clonico dei tipografi, fa vedere gli oggetti stabili come se fossero in movimento oscillatorio.

Il nistagmo labirintico è prodotto dagli impulsi che provenienti dai canali semicircolari raggiungono il nucleo di Désters e di qui si riflettono su i muscoli oculari. È ragionevole quindi pensare che gli impulsi abnormi dei muscoli oculari in disordine raggiungono lo stesso centro e producono un'irritazione dei centri cerebellari del nervo del labirinto, donde la vertigine. L'A. ritiene che la vertigine del mal di mare sia di origine visiva e quindi abbia lo stesso meccanismo patogenetico.

Nella sclerosi a placche la vertigine oltre che da lesioni cerebellari, può essere provocata nello stesso modo dal nistagmo e dall'oftalmoplegia. Analogamente si può spiegare la vertigine dei tabetici.

È molto difficile descrivere la sensazione vertiginosa dovuta all'oftalmoplegia esterna; al disorientamento ed al senso di disordine dei globi oculari si deve aggiungere la confusione indotta dalla diplopia e dall'apparente movimento disordinato degli oggetti stabili.

Per quel che riguarda il senso della visione l'A. ritiene che esso contribuisce all'equilibrio solo quando agisce sulla coscienza attraverso i più alti centri percettivi.

L'equilibrio è un processo subcosciente mantenuto dal senso tattile e muscolare, nonchè dagli impulsi dei canali semicircolari attraverso il nervo vestibolare ed i centri cerebellari; alla somma dei senso muscolare i muscoli oculari dànno il loro contributo importante; i disordini degli elementi muscolari e tattili producono incoordinazione sufficiente a causare imbarazzo dei movimenti o perdita dell'equilibrio ed anche caduta senza però dare vertigini. I disordini dei canali semicircolari, del nervo vestibolare e del cervelletto producono una vertigine cosciente, ma tenendo conto che movimenti vertiginosi possono essere provocati attraverso dette vie negli animali scerebrali. Mentre il senso visivo agisce solo attraverso più alte percezioni: esso può compensare la mancanza di coordinazione e controllare anche una vertigine, e d'altra parte in caso di difetto aggravare le vertigini di altra origine. I disturbi della coordinazione dei muscoli oculari possono per via riflessa influenzare il cervelletto ed anche rendere più intensa la vertigine visiva. Le impressioni visive normali possono agire come correttive quando gli stimoli provenienti da altre sorgenti necessarie all'equilibrio sono disarmonici, ed anche annullare ogni sensazione vertiginosa.

DRAGOTTI.

La base organica dei disturbi emotivi.

(C. MILLER. *Proceedings Royal Society of Medicin*, giugno 1924).

L'A. ritiene che la pretesa della Scuola psicanalitica di far dipendere ogni forma di neurosi da un conflitto psichico è insostenibile, e rischia, quando si entra nel campo della terapia, di condurre a conseguenze poco favorevoli per i pazienti.

Ma anche se si vuole ammettere che in qualche caso all'origine delle psiconeurosi c'è un conflitto tra gli impulsi dell'io e le esigenze sociali, è certo che questo conflitto è frequentemente condizionato da fattori biologici, che non si possono combattere se non ricorrendo a trattamenti fisici.

Non è dubbio che gli stati emotivi acuti o cronici possono essere determinati oltre che da fattori puramente psicologici, da disturbi organici che l'A. raggruppa in alimentari, vasoclari, endocrini e sessuali.

È di comune esperienza che il tono emotivo dipende da piccoli squilibri fisiologici (stomaco pieno, coprostasi, congestione epatica), e non è azzardato ammettere che quando fatti di tal genere diventano cronici, si può avere una deviazione emotiva cronica, che certo non si beneficia di alcun trattamento psicologico.

Nè è da mettersi in dubbio la influenza delle alterazioni della pressione sanguigna sulle emozioni. La sensibilità del cervello alle alte e basse pressioni, e la instabilità della pressione stessa sono tra le cause più frequenti di di-

sordini emotivi. Un individuo ipotensivo deve inevitabilmente avvertire un senso di insufficienza mentale, se non fisica, che può condurre persino ad uno stato ansioso. In parecchi alcoolizzati il senso di insufficienza è senza dubbio dovuto alla bassa pressione cerebrale. È probabile che i loro conflitti psichici siano esagerati dalla detta condizione fisica, ma l'affermazione psicanalitica che l'alcoolismo è dovuto alla omosessualità è arbitraria, e le conseguenze terapeutiche di una tale opinione sono affatto puerili.

Quantunque sia impossibile precisare esattamente la influenza delle secrezioni interne sulla vita emotiva, tuttavia esistono fatti che la rendono incontestabile.

La attività della tiroide condiziona sicuramente la espressione. In psicologia essa rappresenta il principio extravertito. Negli individui subtiroidei intravertiti si ha una fisonomia inespressiva, e si hanno di frequente neurosi d'angoscia. In questi soggetti la somministrazione di tiroide giova più di qualsiasi trattamento psicanalitico. Qui il conflitto è dato, essenzialmente dal senso d'inferiorità.

Non minore e forse maggiore importanza nel bilancio emotivo hanno le surrenali. Nessuna correlazione fra emozioni e funzioni fisiologiche è più evidente di quel che appare dagli effetti della paura: la paura eccita l'attività delle surrenali, il prodotto di queste eccita il simpatico, l'equilibrio del vago è alterato e la tiroide iperfunziona. Durante la guerra si è potuto largamente osservare la differenza tra coraggio obbiettivo e subiettivo. Alcuni spiegano il più grande eroismo di fronte ad un pericolo imminente, mentre prima erano in uno stato di paura ed anche dopo sono assillati dal ricordo dello stesso pericolo. Altri sembrano indifferenti prima e dopo e sono invece terrorizzati dal pericolo attuale. Sembra che questo differente contegno dipenda essenzialmente con lo stato di reattività delle surrenali. In alcuni l'immagine della paura è sufficiente a provocare la reazione surrenale, mentre in altri solo il periodo obiettivo è capace di dare lo stesso risultato. In alcuni la risposta è biologicamente efficiente, mentre in altri manca quell'adattamento che è biologicamente favorevole. Per cui si può concludere che nella grande maggioranza dei conflitti psichici che hanno alla base l'istinto di conservazione il fattore essenziale è la insufficienza delle surrenali che determina la incapacità di adattamento alla situazione pericolosa.

L'equilibrio tra l'attività simpatica e parasimpatica ha senza dubbio influenza sul tono sentimentale non meno che sulla circolazione cerebrale. I simpaticotonici sono incapaci di adattamento alla vita così come lo sono i vagotonici. I primi con il loro stato di continua tensione, con le loro esagerate risposte ad ogni sorta di stimoli, con il loro umore variabile si allontanano dalla normalità tanto quanto i vagotonici con il loro stato di tedio, di apatia, di rilasciamento che è scosso solo dagli stimoli intensi. Il simpaticotonico fugge la vita perchè la trova intollerabilmente eccitante, il vagotonico fugge la vita perchè non la trova abbastanza stimolante.

D'altra parte l'importanza del sistema endocrino nella vita emotivo-sentimentale appare non meno interessante quando si consideri l'antagonismo tra le glandole della fanciullezza e quelle della maturità. Nella grande maggioranza dei casi nei quali persiste nell'uomo maturo lo stato emotivo-sentimntale della fanciullezza è possibile constatare un arresto nello sviluppo del sistema endocrino. È evidente che in questi casi ogni interpretazione psicanalitica è fantastica di fronte agli evidenti fatti somatici, e la cura di questa immaturità psichica è solo quistione di organoterapia.

Al riguardo gli organi sessuali sia per sè soli, sia per le loro correlazioni con le altre parti del sistema endocrino hanno una parte talvolta molto tumultuosa. La pretesa della scuola psicanalitica che la vita emotivo-sentimentale è dominata dal sesso è in parte vera, ma sempre in quanto all'attività sessuale non si attribuisca un senso esclusivamente psicologico e si tenga nel dovuto conto quello che è un fatto inoppugnabile: la correlazione tra lo stato e lo sviluppo degli organi sessuali e le manifestazioni psichiche e somatiche dell'erotismo. *Dr.*

La cura della paralisi progressiva con la malaria.

(MACBRIDE E TEMPLETON. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, giugno 1924).

L'idea di curare la paralisi progressiva inoculando ai pazienti la infezione malarica fu concepita da Wagner-Jauregg nel 1887, ma non fu tradotta in pratica se non nel 1917 con la inoculazione del plasmodium vivax in nove paralitici. Gli esperimenti furono sospesi in attesa dei risultati; furono poi ripresi nel 1919. Il miglioramento dei nove casi trattati fu così evidente che in seguito tutti gli individui affetti da paralisi progressiva ammessi nella Clinica di Wagner-Jauregg furono curati con lo stesso metodo.

Il principio della cura è basato sull'osservazione che nelle malattie croniche si può avere

una remissione in seguito ad un attacco febbrile acuto. Wagner-Jauregg per ottenere la febbre adoperò varii metodi: iniezioni di sostanze chimiche definite, come il nucleinato di sodio, di tossialbumine, come la tubercolina, ed infine le infezioni acute. Quest'ultimo metodo si dimostrò veramente efficace.

Si è attribuito il fatto ad un acceleramento del ricambio materiale ed alla conseguente eliminazione di prodotti tossici o che la distruzione febbrile degli eritrotici eserciti una azione su gli spirocheti o che la distruzione febbrile degl'eritrociti seguita da rapida rigenerazione degli organi ematopoietici possa condurre alla produzione di anticorpi non specifici. E non è mancato chi ha affermato una relazione antagonista tra plasmodi e spirocheti.

Furono adoperate tutte le forme di malaria, ma i migliori risultati si ottennero dalla terzana lieve.

Il metodo adoperato da Wagner-Jauregg nella sua Clinica di Vienna consiste nella iniezione sottocutana fra la scapola e la colonna vertebrale di 2 a 4 cmc. di sangue estratto dalla vena di un individuo affetto da malaria lieve. Non è indispensabile che il sangue sia cavato durante l'attacco febbrile. Con questo metodo l'incubazione dura da una a tre settimane, raramente meno. Quando la iniezione si fa per via endovenosa la piressia comincia dopo 2 o 3 giorni, dapprima con un periodo irregolare e poi a giorni alterni; in molti casi si hanno accessi quotidiani, ossia una terzana doppia. Questo tipo si dimostra più vantagioso dal punto di vista terapeutico.

Sono stati adoperati parecchi ceppi di parassiti malarici con passaggi attraverso vari ospiti, il che ne aumenta la virulenza. Al riguardo è da notare che è preferibile prelevare il sangue da individui non ancora chininizzati.

Si lascia che il soggetto abbia in media una dozzina di accessi, regolandosi al riguardo secondo lo stato di salute del paziente. Quindi si comincia la cura ed eventualmente quella arsenobenzolica, che agisce contemporaneamente contro la malaria e contro la sifilide.

Gli A A. riferiscono che tre casi di demenza paralitica da essi trattati con tale metodo hanno avuto esito letale durante gli accessi.

Dei 350 casi trattati nella Clinica di Wagner-Jauregg solo 296 furono bene osservati. Di questi 202 dimostrarono remissione di vario grado, 112 remissione completa con scomparsa di ogni sintomo mentale e ritorno alla propria attività; ossia il 68% presentò remissione incompleta ed il 38% remissione completa. Di questi ultimi, tre trattati nel 1917 attendono ancora normalmente ai propri affari: la loro remissione dura dunque da oltre sei anni. Su 17 casi le remissioni hanno durato uno o due anni, in 34 casi la remissione ha durato uno o due anni. In tre casi si sono avute recidive o tendenza alle recidive.

I casi avanzati danno solo una remissione molto incompleta, ma anche essi beneficiano del trattamento malarico con la scomparsa dei sintomi acuti e con un arresto sul progresso della demenza. Parecchi diventano socievoli ed inoffensivi e riacquistano anche un certo grado della loro attitudine al lavoro.

Le remissioni non seguono immediatamente agli attacchi febbrili. Si possono avere dopo settimane ed anche mesi. Eventualmente si può ripetere l'inoculazione.

Non c'è parallelismo tra il referto clinico serologioc, nel senso che la reazione di Wassermann può persistere positiva nel sangue e nel liquor anche dopo la completa remissione dei sintomi.

I risultati del trattamento dipendono essenzialmente dallo stadio della malattia, nel quale esso vien praticato: ne beneficiano sopra tutto le forme iniziali.

Lo sviluppo di sintomi mentali acuti durante gli accessi febbrili è considerato com un segno favorevole, quantunque in qualche caso, specie le allucinazioni uditive, persistono anche a remissione iniziata.

Molti altri clinici tedeschi hanno adottato il metodo. Weygandt ha avuto l'88 % di remissioni, Kirschbaum il 66 %.

Dopo aver così esposto lo stato della quistione gli autori riferiscono su casi di paralisi progressiva da essi trattati con la malaria venendo alle seguenti conclusioni:

1. In due casi di paralisi progressiva giovanile non si ebbe alcun miglioramento.

2. In cinque casi cronici si ebbe un esito letale, negl'altri quattro un certo grado di miglioramento mentale e fisico, ma con tendenza alle recidive in uno e in un altro persistenza delle allucinazioni uditive comparse durante gli accessi febbrili.

3. Degli altri undici pazienti curati nel periodo iniziale della malattia uno morì per malaria, tre presentarono un notevole miglioramento prevalentem/ente fisico, uno migliorò ancora meno, uno peggiorò, uno migliorò mentalmente ma peggiorò fisicamente.

Gli AA. pur non dividendo l'ottimismo dei clinici tedeschi non negano valore al metodo di cura specie se applicato nello stadio iniziale della malattia. DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI

MAX THOREK. *The human testis.* J. B. Lippincott Co. Philadelphia.

Considerando lo sviluppo preso in questi ultimi anni dall'endocrinologia e uscendo dal campo delle ricerche di laboratorio per passare a quello dell'applicazione clinica, specialmente dagli studi sulla secrezione interna del testicolo, mancava oggi un libro che, trattando la patologia della glandola genitale, riassumesse tutte le nozioni recentemente acquisite che si trovano sparse qua e là nella letteratura internazionale. Una quantità di problemi riguardanti la endocrinologia del testicolo sono ancora vaghi, insoluti, i risultati dei lavori spesso discordanti fra loro. A chi avesse voluto accingersi oggi a scrivere un trattato sulla fisiopatologia del testicolo si richiedeva una grande esperienza personale e una profonda conoscenza della materia per poter scegliere «fior da fiore» fra la grande quantità di materiale bibliografico a disposizione e per poter dividere col vaglio di una critica equilibrata ciò che è sicuro da ciò che venne dedotto da uno studio superficiale e affrettato di fatti incerti. Questa scelta che già rappresenta il lavoro più fine e difficile di chi si pone a trattare un argomento dei cosidetti di attualità, nel caso in questione era grandemente aumentata. Il problema si prestava — e lo fu infatti — a essere sfruttato con pochi scrupoli scientifici e con altri scopi che non l'incremento della scienza e il bene dell'umanità. Il Thorek, il quale da molti anni si occupa di trapianti tanto dal punto di vista sperimentale che clinico, ha raccolto nel suo volume la propria e l'altrui esperienza e da esse trae conclusioni assennate stabilendo le possibilità dei trapianti e le loro indicazioni.

I capitoli sulla secrezione interna del testicolo e sui trapianti rappresentano la parte più originale. Ma anche tutta la patologia del testicolo e dei suoi annessi è svolta in altrettanti capitoli, con grande accuratezza specie per quello che si riferisce ai diversi metodi terapeutici nelle varie malattie.

L'edizione della Lippincott Co. corredata da 308 illustrazioni è elegantissima e contribuisce a fare del volume del Thorek un libro che trova bene il suo posto nella biblioteca dello studioso e del medico moderno.

R. ALESSANDRI.

L. CASPER. *Lehrbuch der Urologie.* IV edizione, 1923. Berlino e Vienna. Urban & Schwarzenberg.

È questa la quarta edizione del ben noto trattato del Casper, del quale la prima apparve nel 1903. Benchè la disposizione della materia nel libro e il modo della trattazione siano rimasti fondamentalmente gli stessi può dirsi che non vi sia capitolo o argomento che non sia stato ritoccato o completato con tutte le innumerevoli cognizioni acquisite in venti anni nel campo dell'urologia. Lo studio della funzione renale e delle nefriti sono capitoli si può dire fatti ex novo, con grande larghezza di vedute e avvalendosi specialmente delle ricerche provenienti dal campo della medicina interna. Per quello che riguarda le nefriti il Casper si è attenuto specialmente ai lavori di Volhard e Fahr. E se la classificazione delle nefriti risulta così alquanto schematica, è certo oggi la più chiara e la più rispondente ai fatti. Anche i più recenti mezzi di indagine e di cura di cui si è arricchita l'urologia sono ampiamente trattati, la pielografia e le diverse tecniche radiologiche in special modo.

È certamente un libro completo nel quale in un grande spazio sono raccolti tutti gli argomenti della specialità svolti e scelti da un urologo di grandissima fama ed esperienza.

MANFREDO ASCOLI.

GLINGAR A. *Die Endoskopie der männlichen Harnröhre.* P. IV. 72, fig. 12, tav. a colori. I. Springer, Vienna, 1924. Pr. lire ital. 40.

L'endoscopia uretrale, rappresenta di tutte le indagini dell'apparato urinario, una specie di Cenerentola: dispregiata addirittura da alcuni, non curata dai più.

Eppure la sua importanza non è affatto trascurabile poichè molte affezioni, la cui diagnosi rimarrebbe spesso allo stato di ipotesi, vengono individualizzate benissimo con la endoscopia e, quello che più conta, vengono messe in condizioni di essere curate e quindi rapidamente guarite.

Nel piccolo trattato vengono descritti dapprima gli strumenti necessari ed abituali dell'armamentario endoscopico, poi discusse le varie manifestazioni morbose dell'uretra anteriore e posteriore, così come si presentano viste coll'uretroscopio ad irrigazione o semplice. Segue poi una parte riguardante gli interventi ed ultimo — necessario e prudente, l'elenco delle indicazioni e delle contro indicazioni alla endoscopia. A. P.

O. NUZZI. *Anestesia locale in chirurgia pediatrica e in ortopedia.* Pagg. 192 con 130 illustrazioni. Edit. Cappelli, Bologna. L. 18.

L'A. ricordando la morte di un bambino in seguito a narcosi praticata per asportare un piccolo tumore della cute della coscia, si propone di diffondere col suo libro le norme tecniche dell'anestesia locale che, secondo lui, può

essere estesamente applicata anche nei bambini con ottimi risultati.

Il volume è diviso in due parti: una generale, nella quale l'A. passa in rassegna critica i vari metodi di anestesia, e fra tutti consiglia come quello che dà i minori inconvenienti la locale a mezzo di «novostasin» dell'Istituto Siero-Terapico Milanese. Una speciale, divisa secondo le varie regioni anatomiche, in cui dà la tecnica particolareggiata dell'anestesia per ciascun intervento facendo precedere i caratteri semeiologici e i principi di restaurazione delle varie affezioni e ricordi anatomici sull'innervazione sensitiva della regione in cui cade l'atto operativo.

L'A. afferma che si possono con questo metodo eseguire le più svariate e più gravi operazioni, purchè si abbia cura di preparare all'intervento i piccoli infermi con opportune cautele e condizioni di ambiente.

G. MATRONOLA.

G. JANNELLI. *La chirurgia della milza.* Unione Tip. Combattenti, Napoli, 1923.

In una prima parte del volume sono trattate in modo succinto, ma chiaro, le varie affezioni primitive e sintomatiche della milza, che possono trarre vantaggio dall'intervento chirurgico. Segue partitamente una descrizione delle varie operazioni che si possono eseguire sulla milza; il tutto illustrato da numerose figure schematiche.

Infine sono riportati i risultati di ricerche personali sulle variazioni della formula emocitologica consecutive a traumi lienali.

Il volumetto è corredato anche da un ricco indice bibliografico. G. MATRONOLA.

G. HOHMANN. *Fuss und Bein.* Pag. VIII-181, fig. 71, in parte a colori, 17 tavole. Bergmann 1923. C. B. 10.70.

Ragione di indole pratica hanno indotto l'A. a circoscrivere il suo tema, conferendogli nello stesso tempo un'amplissima trattazione. Da un lato la maggior frequenza di molte affezioni dell'arto inferiore, da carico sopratutto, dovute secondo l'A. alle peggiorate condizioni sociali del dopo guerra nella Germania e dall'altra, le imperfette conoscenze che su tali argomenti gran parte dei medici posseggono, giustificano il lavoro dell'A., considerando sopratutto che l'ortopedia non è ancora, in Germania, materia obbligatoria di insegnamento. Una particolareggiata descrizione della morfologia e della funzione dell'arto inferiore precede la parte riguardante la patologia, il testo della quale viene reso di comprensione più facile e piana con l'aiuto di numerose figure e tavole. E. M.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 23 maggio 1924.

Pres. prof. G. VICARELLI.

Due casi di osteoblastoma.

FERRERO riferisce su due casi di osteoblastoma, uno del labbro e l'altro della coscia, caratterizzati dalla presenza di molte cellule osteoblastiche fra le quasi si trovava in scarsa quantità della sostanza fondamentale osteoide.

L'O. ritiene che l'origine di questi neoplasmi debba riferirsi a germi embrionali osteogenetici derivanti per il primo dalle estremità anteriori degli archi branchiali, per il secondo dallo scheletro dell'arto inferiore.

Studio sperimentale sull'azione dei raggi X su un sarcoma del retto.

PACHNER e MARTINOTTI hanno irradiato una sola volta dei ratti innestati con un sarcoma fuso cellulare ed hanno osservato che l'irradiazione è causa di un breve rallentamento nello sviluppo del sarcoma con minore atipicità degli elementi cellulari dopo del quale lo sviluppo del tumore si riprende ma con minore virulenza.

Su di un particolare meccanismo di formazione di cisti nel rene.

CHIAUDANO descrive un caso di ciste colloide del rene in cui l'esame istologico ha dimostrato che questa originava da una primitiva abbondante proliferazione epiteliale dei canalicoli successivamente caduta in necrosi e trasformata in sostanza simile alla colloide.

Seduta del 30 maggio 1924.

Presidente: Prof. G. VICARELLI.

Sull'impianto di tessuto adiposo fissato.

BERTOCCHI riferisce i risultati di numerose ricerche sperimentali fatte innestando nell'orecchio di coniglio pezzi di tessuto adiposo fissato in formalina al 10% e conservato in alcool al terzo.

PALLESTRINI. — *Osservazioni istologiche sul rinoscleroma.*

MEINERI. — *Ricerche sulla viscosità del sangue, sull'indice refrattometrico e formolo-gelatificazione del siero di sangue nella sifilide e in alcune malattie cutanee.*

Sul contenuto di sodio, potassio, calcio e magnesio nel sangue dei tubercolotici.

VERDINA ha praticato il dosaggio del sodio, potassio, calcio e magnesio coi metodi di KRAMER e TINDALL, nel sangue di malati di tubercolosi polmonare cronica, alcuni apiretici con lesioni chiuse altri con lesioni aperte e febbricitanti, ripetendo il dosaggio in periodi di aggravamento e di miglioramento. L'O. ha rilevato che nel sangue di tubercolotici con lesioni chiuse, apiretici, il contenuto in potassio, calcio e magnesio è sempre più

o meno leggermente diminuito, quello in sodio aumentato, e che il reperto si mantiene anche nei periodi di miglioramento; che nei tisici febbricitanti il contenuto in sodio, potassio, calcio e magnesio del sangue è superiore alla norma; le modificazioni più forti sia in aumento che in diminuzione sono quelle del calcio e del potassio.

Seduta del 6 giugno 1924.

Presidente: Prof. G. VICARELLI.

Intorno alle conseguenze dell'iniezione di bacilli del tubercolo uccisi col calore.

MORPURGO ha trattato delle cavie con bacilli della tubercolosi uccisi col calore e poi le ha infettate con germi della stessa specie virulenti. Gli animali a distanza di un anno sono vivi e crescono di peso mentre i controlli morirono tutti entro 40 giorni. L'O. si riserva di riferire in seguito sui reperti anatomo-patologici di questi animali.

Indagine radiologica dell'uretra maschile.

FASIANI propone per lo studio dell'uretra posteriore la radiografia eseguita mentre il soggetto svuota spontaneamente la vescica riempita di liquido opaco. L'uretra posteriore in tali condizioni ha l'aspetto di un imbuto con base in alto e apice al colletto del bulbo e in casi patologici (restringimenti uretrali postblenorragici, traumatici, ascessi, ecc.) dei quali l'O. presenta la radiografia si hanno varie alterazioni di forma più o meno caratteristiche.

BROSSA. — *Sul meccanismo Jelle sospensioni di mastice di fronte a coll idi idrofili.*

La reattività della cute agli antigeni tubercolinici ed antigeni specifici, studiata in varie condizioni patologiche.

BERMUCCI da una lunga serie di ricerche cliniche e sperimentali deduce le seguenti conclusioni:

1) la presenza di lesioni tubercolari o di tuberculidi può esaltare la ipersensibilità cutanea ai vari antigeni tubercolinici, massima per la tubercolina umana o bovina, minore per quella aviaria e della tartaruga;

2) la reattività della cute per antigeni non specifici è meno evidente per l'applicazione cutanea che non per la intradermica, essa è diffusa uniformemente per tutta la cute;

3) l'infezione sifilitica recente con lesioni in atto può esplicare un'azione allergizzante su tutta la cute di fronte ai vari antigeni, azione meno evidente nei periodi di latenza e nel terziario;

4) la cute lebbrosa ha una spiccata ipoergia per tutti gli antigeni;

5) lesioni cutanee varie (pigmentazioni, atrofie, cicatrici, infiltrazioni infiammatorie granulomatose, ecc.) possono attenuare o modificare, ma non impedire la reazione allergica quando questa esiste nella cute sana;

6) le variazioni del tono vascolare fisiologiche non modificano la reazione.

Contributo clinico sperimentale allo studio dei tricofitidi.

MASIA da uno studio clinico e sperimentale trae conclusioni che appoggiano l'ipotesi dell'origine ematogena delle lesioni. PIETRO SISTO.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 20 giugno 1924.

Sul meccanismo della ipoglicemia da insulina.

V. DUCCESCHI. — La parziale scomparsa del glucosio da soluzioni piuttosto concentrate (1,0 a 2,0%) che siano lasciate durante 2 a 3 ore nella cavità addominale del coniglio, avviene nelle stesse proporzioni tanto in presenza che in assenza di insulina nelle soluzioni stesse.

Quando invece la percentuale del glucosio vada da 0,75 a 0,25 %, restando isotonica la soluzione, allora questa sostanza diminuisce in quantità molto maggiore, quando nella soluzione introdotta nella cavità addominale vi sia insulina.

Le circostanze in cui si svolgono questi fatti non sono favorevoli alla ipotesi che essi siano dovuti a fenomeni di glicolisi, e non appoggiano la tesi della esistenza di una ipoglicemia da glicolisi intravascolare.

Influenza della glucosamina sopra la ipoglicemia da insulina.

A. MOSCHINI. — La glucosamina, iniettata sotto cute, non esercita nessuna influenza sul quadro della ipoglicemia da insulina; la stessa sostanza spiega invece una azione favorevole, quando venga somministrata per via gastrica. Quest'ultimo risultato è in opposizione colla opinione dominante, secondo la quale la glucosamina non sarebbe capace di trasformarsi in glucosio.

Insulina e diabete insipido.

L. VILLA. — L'O. in considerazione dell'azione che l'insulina esplica sulla poliuria dei diabeti melliti e di quella che si manifesta sulla massa del sangue, secondo proprie osservazioni, ha somministrato insulina in un caso di diabete insipido, ottenendo, nel corso di circa quindici giorni, una riduzione della poliuria da circa dodici litri a poco più di due, mantenutasi tale per altri quindici giorni senza somministrazione di insulina. L'O. discute i rapporti che la propria osservazione, nuova nel campo dell'azione insulinica, può avere con la teoria riguardante la patogenesi del diabete insipido e con la questione del meccanismo di azione dell'insulina.

La determinazione della massa del sangue circolante con il metodo del rosso Congo.

E. GREPPI e A. RATTI. — Gli OO., basandosi sulle numerose ricerche compiute in America ed in Germania, accennano ai principii del metodo, introdotto nell'uso clinico dal Griesbach, ed alle proprietà della sostanza impiegata per lo speciale scopo: 1) innocuità; 2) solubilità in acqua; 3) totale permanenza nel sangue circolante fra il 2°-8° minuto dalla iniezione, tale da permettere la presa di nuovo campione su cui si procede alla valutazione colorimetrica.

Riferiscono quindi la tecnica da loro seguita, che

diversifica da quella originale del Griesbach per il perfezionamento apportato alla determinazione colorimetrica (Color. Duboscq con illuminazione artificiale), ed i risultati delle ricerche cliniche.

Considerano fra 6-8 % il valore normale della massa sanguigna rispetto al peso corporeo, ma — nel concetto di normalità della massa stessa — essi tengono conto, oltre che del rapporto bruto con il peso corporeo, anche della presenza di un rapporto percentuale normale fra plasma e globuli nella unità di volume del sangue (50-58 % di plasma).

Dott. FRANCESCO RICCI.

XXXVI Congresso della Società tedesca di Medicina interna.

Sul ricambio minerale.

WIECHOWSKI. — Osserva che l'analisi delle ceneri, non ci dà nessuna indicazione precisa sullo stato reale in cui si trovano le sostanze minerali nell'organismo. A tale scopo è anzitutto necessario differenziare le combinazioni atomiche organiche in cui il legame avviene fra atomi di carbonio o per mezzo di un atomo di carbonio, da quelle inorganiche in cui il legame si ha per mezzo di un atomo di ossigeno. In questo senso certe combinazioni di esteri e di eteri, come pure il fosforo nei fosfatidi sono da considerarsi inorganiche, mentre quella dell'azoto nei nitrocorpi, del ferro nell'emoglobina sono da considerarsi organiche. La combinazione inorganica è facilmente dissociabile in joni nelle soluzioni acquose, mentre in quelle organiche si ottengono gli joni solo dopo completa ossidazione. La maggior parte degli organi e degli alimenti viene modificata in questo senso per mezzo della ossidazione vitale, mentre solo una piccola parte viene emessa come combinazione organica disossidabile, come accade per l'acido betaossibutirrico e l'acido aceto-acetico nei diabetici.

Considerando poi la distribuzione dei diversi joni nell'organismo, si vede che nei liquidi prevalgono quelli di sodio e calcio, mentre invece nei tessuti solidi quelli di potassio e di magnesio; per quanto riguarda gli anioni, prevale nei liquidi il cloro, ed invece nelle cellule il fosforo. Anche le combinazioni inorganiche basali delle cellule contengono joni di potassio, magnesio, fosforo, ed invece quelle dei liquidi sodio, calcio e cloro. Tutti questi joni si trovano già in combinazione inorganica anche negli alimenti, sicchè, nella digestione essi sono già pronti per il riassorbimento. Analogamente accade per le escrezioni, e così troviamo nelle feci il fosforo, nell'urina il sodio. I cambiamenti nella nutrizione possono indurre anche in ciò notevoli modificazioni.

Connessioni ed influenza dei sali sullo stato dei colloidi nell'organismo.

H. STRAUB. — Le ricerche che dapprima erano rivolte alla pressione osmotica tendono ora a farsi sulla carica elettrica e sui fenomeni da essa dipendenti, quali la fusione, la flocculazione, la soluzione ed i cambiamenti di permeabilità del contorno cellulare. All'acqua, come solvente, spetta un posto speciale, perchè in essa i sali si decompongono in joni ed essa stessa forma joni molto attivi. Si tende ora a fare le ricerche non già sull'intero organismo, ma bensì su cellule od organi isolati; si vede in tal modo la notevole importanza degli joni basici ed acidi dei sali. Per le ricerche cliniche, lo studio del bilancio rimane la forma classica. Si può mediante esso conoscere la via di escrezione dei minerali, la loro suddivisione, il minimo dell'apporto necessario, ecc.; particolarmente importante risulta per tal modo il significato dell'acido solforico e del calcio per la regolazione dell'equilibrio acido-base.

Con le analisi dei tessuti e del sangue si studia il ricambio intermedio, da cui risulta la costanza della pressione osmotica, del contenuto in sali e dell'equilibrio acido-base.

La determinazione del punto di congelamento mostra la somma totale delle particelle disciolte, e fornisce l'indicazione se siano sfuggite all'analisi parti costituenti basiche od acide. Importanti sono poi le ricerche nel campo della respirazione. L'anidride carbonica prodotta dal ricambio, regola l'equilibrio acido-base per mezzo del centro respiratorio; le alterazioni locali di questo inducono disturbi respiratori e di conseguenza anche cambiamento nella reazione del sangue. Il sonno, i movimenti psichici agiscono sulla costituzione minerale, al pari delle stagioni, del lavoro muscolare e delle condizioni patologiche (diabete) per mezzo dell'azione sul centro respiratorio. Come esempii delle modificazioni del sangue possono citarsi la dispnea uremica e l'acidosi dei renali e dei polmonitici.

Il ricambio del calcio, specialmente nella tetania e nella rachitide.

E. FREUDENBERG. — Nella rachitide si ha una prima fase di disturbi della calcificazione, una seconda caratterizzata dalla mancanza di fosfati, una terza con disturbi da acidosi. Per quanto riguarda la tetania, la teoria dell'alcalosi ha bisogno di ulteriori conferme. Negli stadii manifesti di tale malattia, si ha una acapnia, che è dovuta ad ipereccitabilità del centro respiratorio. Nel dialisato del sangue sono manifestamente diminuiti gli joni di calcio.

La terapia insulinica del diabete.

MINKOWSKI. — L'insulina fornisce al diabetico una sostanza che gli manca, eleva certe funzioni importanti per la vita, sicchè ne viene aumentato il senso di benessere. Essa trova le sue indicazioni nei casi di diabete grave, nell'imminenza di operazioni chirurgiche, nelle neuralgie e dermatosi ostinate, nella minaccia di tubercolosi polmonare, e del coma. Non si può però ancora dire se l'insulina sia soltanto un surrogato di una sostanza che manca o possa invece essere un vero mezzo curativo con successi duraturi. Il trattamento deve essere strettamente individualizzato ed accurato anche per quanto riguarda la purezza del preparato; la forma in pillole è del tutto inefficace. La azione dell'insulina è basata sull'aumento del consumo dello zucchero e non sull'impedimento alla sua combustione nel fegato. È probabile che essa influisca anche sopra diverse funzioni cellulari fra loro connesse; forse essa contiene parecchie sostanze che sfuggono ancora all'analisi.

(Deutsche med. Woch., 23 maggio 1924).

fil.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le lesioni nella storta del collo del piede.

In questo accidente che si verifica con una certa frequenza le lesioni non sono limitate ai legamenti, come si afferma troppo spesso nei manuali. Anzitutto il legamento può trascinare una particella ossea di inserzione. La capsula articolare può essere pure lesa e non è rara la sua disinserzione alla parte anteriore dell'articolazione tibiotarsica. L'apertura del tessuto spugnoso provoca versamenti sanguigni endoarticolari o profondi che dànno tardivamente delle complicazioni di artrite. Non sono rare le lesioni delle ossa; le superfici articolari subiscono delle pressioni reciproche e talvolta uno schiacciamento; la cartilagine di rivestimento può scoppiare o fendersi. Per questo, dopo certe storte, si ha una reazione violenta del tessuto osseo; il malleolo può prendere ad un tratto un volume esagerato; in tal caso la durata si prolunga. Dal lato dei muscoli, si hanno strappature dei peronei laterali; talvolta lussazione di un tendine e rottura delle guaine; il massaggio può riparare tali danni.

R. L. (*Le Scalpel*, 19 aprile 1924) così riassume le lesioni in rapporto all'incidente che le ha provocate:

1) Se il piede ha subìto estensione forzata sulla gamba, l'astragalo scivola in avanti sul calcagno e strappa il legamento anteriore, poi i legamenti che uniscono l'astragalo ed il calcagno, l'astragalo ed il cuboide. Infine, se il movimento anormale si esagera, cedono i malleoli e sono strappati i legamenti laterali. Questa varietà presenta lesioni poliarticolari.

2) La flessione forzata è una eventualità rara che porta alla frattura malleolare.

3) La varietà più frequente è l'adduzione forzata. Il piede è rovesciato all'interno e si appoggia sul margine esterno. La rotazione interna del piede continua il movimento e predominano allora le lesioni medio-tarsiche.

4) La storta interna è rara; l'adduzione e la rotazione esterna portano alla frattura del perone. *fil.*

Malformazioni, fratture e spostamenti del coccige.

Queste cause producono un insieme di sintomi, che si raggruppano sotto il nome di coccigodinia, la quale rimane ribelle ad ogni cura fino a che la vera causa non sia stata stabilita.

Il coccige può essere assente, condizione non rara che può passare del tutto inosservata e solo rilevarsi all'esame, con una profonda depressione al termine della colonna vertebrale. In altri casi si ha un tumore molle (proctocele) nella regione in cui si sarebbe dovuto trovare il coccige; ivi si raccolgono le feci e si ha così la costipazione.

Il coccige può essere deviato, con direzione laterale (rara), anteriore o posteriore. La deviazione anteriore è talvolta molto marcata e l'osso si appoggia alla parete posteriore del retto. Le scibale, durante la defecazione, premono su questo punto e finiscono per accumularsi nell'ampolla, provocando malessere o dolore vivo; ne possono poi risultare delle ulcerazioni e perforazioni. La deviazione posteriore si osserva nei magri che devono lavorare in posizione seduta; talvolta si avverte una prominenza ossea ricoperta solo dalla cute, su cui si formano delle callosità, oppure delle ulcerazioni che possono trarre in inganno, credendosi che si tratti di epitelioma. Talvolta si ha un'osteite rarefacente.

Il coccige può essere fratturato o deviato, in seguito a caduta (sul ghiaccio, per le scale, per una seduta brusca), od in conseguenza di un urto, o del parto (la causa più frequente) o dell'evacuazione di feci molto dure o di corpi estranei. I sintomi si hanno subito dopo il trauma. Vi può essere soltanto un senso di ripienezza e di malessere, oppure un dolore che si irradia alla schiena ed alle coscie. L'atto di sedersi un po' bruscamente provoca talora un dolore così angoscioso, che il paziente può svenire. Il dolore può essere intermittente, ma è di solito costante con esacerbazioni quando il paziente cammina o specialmente quando si siede; assai dolorosa è la defecazione, a meno che le feci non siano molto molli. Il dolore continuato finisce per condurre ad un vero stato neurastenico. Nella deviazione anteriore, la pressione contro il retto può dare tenesmo, poi diarrea alternante con la costipazione e, da ultimo, ulcerazione; sono anche riportati casi di estesi ascessi perirettali e fistole per puntura del retto da parte del coccige.

C. J. Drueck (*American medicine*, maggio 1924) consiglia di ricorrere all'esame del coccige in ogni caso con dolore anale o sacrale. La curvatura posteriore è ovvia alla semplice ispezione; quella laterale od anteriore viene sospettata in presenza di qualcuno dei sintomi citati ed accertata con l'esame endorettale. Introducendo l'indice nel retto, il coccige si può afferrare fra il pollice e l'indice e determinarne così la forma, la posizione e la sensibilità. Nei casi lievi, si troverà un punto sensibile,

nei gravi il paziente si lamenta fortemente alla palpazione. Quando si tratta di traumatismo, vi sarà anche ecchimosi, eventualmente lacerazione della cute. Si procederà poi all'esame completo della pelvi, in modo da escludere: ulceri, emorroidi, ragadi, proctite, criptite, papillite, fistola interna incompleta, corpi estranei nel retto, cicatrici da operazioni rettali. Si prenderanno anche in considerazione altre malattie pelviche, del sistema nervoso (tabe) ecc. Talvolta l'esame si deve fare sotto anestesia.

Per il trattamento si tenteranno dapprima le misure palliative: riposo ed igiene fino a cessazione dei sintomi acuti, evitare la stitichezza e quindi il passaggio di feci dure; a tale scopo si userà di preferenza l'olio minerale. I medicamenti calmanti ed anestetici hanno l'inconveniente di produrre l'abitudine. Se, dopo un certo tempo queste misure non hanno dato vantaggio, si ricorrerà alla coccigectomia, specialmente in caso di frattura, spostamento o deviazione. *fil.*

Contributo radiologico alla diagnosi della lues articolare.

Eisler (*Medizinische Klinik*, n. 17, 1924), rileva che la sifilide articolare è una di quelle malattie non solo rare ma difficili a diagnosticare; lo è possibile qualche volta quando la lues articolare si accompagna ad altre manifestazioni di origine indubbiamente luetica ed allora la cura *ex iuvantibus* mostra chiaramente la natura della malattia. È chiaro che si sia cercato nell'esame radiologico uno dei punti fondamentali per la diagnosi allo scopo di sceverare le forme luetiche dalle forme di altra natura ma indubbiamente anche la diagnosi radiologica offre numerose difficoltà. Dalle ricerche dell'A. l'artrite luetica non appare così rara come finora si credeva: essa certamente si può confondere coi sintomi clinici e radiologici di altre manifestazioni articolari e può presentarsi coll'immagine di una artrite tubercolare o di una mono o poliartrite reumatica. Tuttavia è interessante notare come assai spesso facciano difetto tutti quei segni che per il decorso essenzialmente cronico della malattia si crederebbe a priori di riscontrare: ed è specialmente la mancanza di atrofia ossea spesso quasi completa che deve richiamare innanzi tutto l'attenzione oltre al fatto che possono esistere alterazioni in corrispondenza del tratto diafisario.

Nei sei casi che l'A. riporta di sifilide articolare si trattava di sifilide dell'articolazione del ginocchio e delle mani: in tutte queste forme è caratteristico il fatto della mancanza o della scarsa atrofia ossea nonostante la durata dell'affezione e la presenza di alterazioni del tratto diafisario; manifestazioni queste che possono in qualche caso permettere rapidamente una differenziazione coi processi tubercolari o con processi di artrite cronica.

E. MILANI.

Il reumatismo articolare nei bambini.

Per le sue intime correlazioni coll'endocardite il reumatismo acuto nei bambini, rarissimo prima dei 4 anni e poco frequente prima dei 5, rappresenta una delle malattie più serie.

Un sintoma premunitorio importante è rappresentato, secondo H. T. Ashby (*The Practitioner*, n. 671, may 1924), dai cosidetti « dolori di crescenza » localizzati per lo più alle gambe, i quali richiedono speciali attenzioni profilattiche durante le stagioni umide.

A malattia stabilita, sono caratteristiche le lesioni articolari, alle quali si accompagna spesso torcicollo, per compartecipazione delle vertebre cervicali. La tonsillite iniziale, l'endocardite e l'anemia sono comuni nella malattia.

Per quel che riguarda la diagnosi, si rammenterà che i dolori e le tumefazioni articolari che compaiono prima dell'età di 4 anni sono in genere dovuti allo scorbuto infantile; come pure si dovrà talora fare la diagnosi differenziale coll'osteomielite e l'epifisite.

La prognosi è esmpre seria, per la possibilità della compartecipazione endocardica.

La terapia si riassume nella somministrazione di salicilato di sodio ad alte dosi, unitamente a bicarbonato di sodio, che mantiene l'urina alcalina e diminuisce la tossicità del farmaco; nell'eventuale tonsillectomia, per prevenire ulteriori attacchi del male; nel prendere le debite misure profilattiche nelle stagioni umide e piovose. M. FABERI.

Il trattamento Roentgen della tubercolosi ossea e articolare.

J. Haas (*Wiener Klinische Woch.*, n. 18, 1° maggio 1924) osserva che i lavori di Freund, Iselin, Schmerz e Baisch hanno dimostrato la possibilità che lesioni tubercolari ossee e articolari possono ottenere notevoli vantaggi dal trattamento radiologico: è stato anzi Freund il primo che ha dimostrato la possibilità della guarigione di spine ventose e a questi primi tentativi ne sono seguiti altri sulle articolazioni maggiori e l'A. stesso fin dal 1913 ha portato importante contributo su questo argomento.

Secondo le moderne teorie ci si può figurare che l'azione dei raggi consista essenzialmente

(secondo l'A.) in un eccitamento di quelle cellule che giacciono attorno al bacillo e che hanno lo scopo di alterare il corpo bacillare e di esercitare su di esso una azione per mezzo degli anticorpi: ciò porterebbe indirettamente a un aumento di tessuto connettivale nel tessuto di granulazione con effetto manifesto cicatrizzante. Accanto a questa azione locale non va dimenticata l'azione generale che sempre per la guarigione dei processi tubercolari va presa in considerazione e che anche i raggi possono aumentare.

Per il trattamento radiologico la tecnica è senza dubbio importante e qualità e quantità di raggi hanno senza dubbio la loro importanza per quanto secondo l'A. non la qualità ma la quantità di energia assorbita è quella che determina l'effetto. Se si è parlato di dose della tubercolosi (tuberkulose-dosis) questo concetto in realtà non è applicabile perchè non esiste una forma sola di tubercolosi e quindi la tecnica va adattata a seconda della localizzazione del processo, a seconda della sua durata, a seconda delle condizioni individuali, ecc. In genere le grandi dosi vanno scartate: si comincia con piccole dosi (3 H) aumentando progressivamente ma in genere, secondo l'A., i 5 H (sotto 4 mm Al) non vanno negli adulti sorpassati e nei piccoli la dose deve essere della metà o dei due terzi con pause di sei settimane fino alla guarigione.

Sia le forme ad inizio acuto, sia le forme torpide, sia le forme di tubercolosi di Poncet sono suscettibili di miglioramento colla radioterapia; sono invece controindicate le forme in cui esiste una tubercolosi polmonare o le condizioni dell'organismo non sono favorevoli. In genere la prognosi è buona e l'A. cita casi di spondilite completamente guariti. Sotto la cura la temperatura locale e generale aumenta; nelle tubercolosi aperte la secrezione aumenta; infine i dolori dopo un temporaneo aumento recedono. Tuttavia se il trattamento roentgen da solo può notevolmente giovare, i risultati migliori si ottengono per confessione stessa dell'A. colla combinazione dei metodi chirurgici e ortopedici col trattamento radiologico.

E. MILANI.

SEMEIOTICA.

Il pianto infantile.

Vi è un pianto fisiologico dell'infanzia, quando il bambino sente insoddisfatti i suoi bisogni; piange per il sonno, perchè i panni sono bagnati o mal messi, per dolore di origine esterna. Forma di transizione fra questo ed il pianto patologico, è quello abituale, vera idiosincrasia generalmente di origine diatesica. Si tratta di bambini figli di genitori artritici o nervosi, spasmofilici essi stessi, eccitati, agitati, che sono talvolta la disperazione della famiglia. Non si trova nessuna causa per questo pianto che può durare settimane e mesi e poi un bel giorno cessa improvvisamente. Come rimedii in questi casi si consigliano i bagni caldi e gli antispasmodici a piccole dosi.

Niente di più naturale del pianto in un bambino malato, il quale esprime così il suo malessere. Vi sono però dei casi in cui il pianto, per i suoi caratteri particolari o per la sua associazione con determinati sintomi, riveste un significato particolare.

Nell'*atrepsia*, il pianto, dapprima violento e tenace, si trasforma in un grido, in un lamentìo monotono e continuo, che Parrot descrive come il più triste, il più desolato dei gridi umani, vera espressione della vita che si spegne. Tale grido non è costante nell'atrepsia, ma, una volta comparso, indica la prognosi fatale.

Nella *sifilide ereditaria*. J. Bonaba (*Clinica y laboratorio*, giugno 1924) fa rilevare che, oltre ai casi in cui i segni di sifilide ereditaria sono manifestati, vè ne sono altri in cui il pianto domina la scena clinica ed induce a ricercare altri sintomi certi di sifilide. Sisto ha dimostrato per il primo che il pianto può essere l'unico sintoma di una eredo-sifilide. In tal caso, soccorreranno per la diagnosi le seguenti considerazioni: Assenza di ogni altra causa che possa spiegare il pianto; l'età, trattandosi di solito, di bambini di età inferiore ai tre mesi; la frequenza, persistenza ed intensità del pianto che è ribelle ad ogni tentativo di cura; il predominio notturno; l'esagenerazione quando si tocca o si muove il bambino; il fatto che esso è provocato od aumentato per la pressione sulle estremità delle ossa larghe; la rapida scomparsa col trattamento specifico. Le lesioni anatomiche che lo producono sono quelle della osteocondrite specifica e quindi dello stesso ordine di quelle che danno la pseudoparalisi di Parrot.

Nella *colica intestinale*, il bambino piange fortemente e si contorce; il pianto può ripetersi parecchie volte al giorno e cessa con l'emissione di feci o di gas. Talvolta le coliche sono frequenti e sono in rapporto con gli alimenti o con una diatesi nervosa. Utili risultano le applicazioni calde sul ventre, i bagni tiepidi, gli antispamodici (bromuro di calcio).

Nell'*otite*, il pianto sopravviene solitamente in bambini già affetti da rino-faringite, si accompagna a movimenti del capo ed a chiusura delle palpebre, impedisce il sonno ed aumenta con la pressione del trago e dell'apofisi mastoidea. Occorre tener presente che nei bambini, l'esame otoscopico può essere negativo per quanto riguarda le alterazioni della membrana.

Nel *morbo di Barlow*, il pianto si ha soprattutto quando si toccano gli arti; si ricercheranno le ecchimosi gengivali, l'ematoma sottoperiosteo, le emorragie, l'anemia; si tratta di bambini, nel secondo o terzo semestre, che hanno avuto alimentazione uniforme. Talvolta la diagnosi presenta difficoltà con la pseudoparalisi di Parrot.

Un'altra forma di pianto infantile è quella ex medico; nella meningite tubercolare, poi si osserva il grido idrencefalico spontaneo, acuto, che si manifesta improvvisamente nella sonnolenza propria della malattia.

fil.

NOTE DI TECNICA.

La prevenzione della decomposizione dei campioni di urina.

La decomposizione dell'urina, con la produzione di ammoniaca e la scissione dello zucchero, rende talora inutilizzabili i campioni, specialmente nella stagione calda. T. Brandt e R. C. Stokstad (*Norsk Magazin for Laegewidenskaben*, giugno 1924) hanno studiato l'argomento, facendo esperienze con diverse sostanze che possono prevenire tale decomposizione. La formalina e l'acido fenico, che pure vengono usati, sono da rifiutarsi perchè possono ridurre il glucosio. Il toluolo (in proporzione di 15 cmc. per litro, agitando fortemente) agisce in modo soddisfacente, ma non oltre 24 ore; analogamente si può dire del timolo. Insufficiente è lo xilolo e così pure il cloroformio, probabilmente per la volatilità (ma il cloroformio rimane in fondo e non evapora. N. del red.). Il sublimato corrosivo in propozione di 0,50 % impedisce la decomposizione per 48 ore. Come il toluolo, agisce una soluzione di timolo al 10% in alcool, aggiungendone 15 cmc. per litro. Questa però porterebbe una spesa troppo elevata per gli ospedali, il toluolo poi è infiammabile e ha l'inconveniente di lasciare uno strato grasso sui tubi.

Gli AA. hanno quindi abbandonato l'idea di prevenire la decomposizione dell'urina per mezzo di un disinfettante. Essi hanno rilevato che la velocità di decomposizione delle varie urine è ben lungi dall'essere uniforme, anche se la contaminazione batterica è la stessa. Il problema appartiene alla chimica fisica ed alla batteriologia. Con una concentrazione di idrogenioni sotto 5,0, non vi è decomposizione ammoniacale anche tenendo l'urina per 24 ore in termostato. Quindi per impedire la decomposizione dell'urina, basta renderla molto acida, ed a tale scopo può servire l'aggiunta di acido cloridrico (15 cmc. per litro) o di qualsiasi altro acido, eccettuato l'acido nitrico che può avere azione su diverse sostanze organiche. (La facile decomponibilità delle urine alcaline o neutre e la resistenza alla decomposizione di quelle molto acide è ben nota; è evidente poi che l'aggiunta di acido cloridrico però rende impossibile le determinazione dei cloruri. Nota del red.). *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Prelevamento di sangue nel neonato. — All'abb. I., n. 825-1:

Nel neonato si preleva il sangue per la Wassermann dalle vene cubitali come nell'adulto, oppure dalla vena giugulare. Non avendo pratica di tali interventi, si può pungere l'alluce con una lancetta e raccogliere in una provetta il sangue che fuoriesce goccia a goccia. In quest'ultimo caso si deve aver cura di detergere spesso la ferita con garza asciutta, affinchè i coaguli non impediscano il flusso del sangue.

POLL.

La formola del liquido di Calot. — Al dott. L. R. da S. d. P.:

Questa formola che uso da parecchi anni, con ottimi risultati, è la seguente: Etere solforico gr. 25; Jodoformio gr. 10; Guaiacolo sintetico gr. 4; Olio di olive sterilizzato gr. 75.

La formola è ricavata dal Trattato di ortopedia del prof. F. Calot, di Berck-sur mer, che la sua largamente nella sua clinica.

UBALDO PETRELLI.

Al dott. A. C. da S. A. — All'abb. n. 7328:

Consulti l'opera seguente: LEHNHARTZ. *Chimica e microscopia al letto dell'ammalato.* — F. Vallardi ed. Milano.

fil.

VARIA

Lo sport e la salute.

Una delle manifestazioni più caratteristiche del dopo guerra è stata la enorme diffusione degli sports. È una specie di mania che ha contagiato una quantità enosme di persone. Si pubblicano giornali a grande tiratura che si occupano esclusivamente di boxe, ciclismo, corse automobilistiche, podismo, cal cio, tennis, scherma, nuoto e simili. I quotidiani dedicano a tali argomenti pagine intere. Le gare, le corse, le partite di giuochi appassionano quasi quanto le quistioni politiche, ed ancor più in quei fortunati paesi nei quali le lotte di partito non sono molto aspre.

La passione è fomentata dalle case industriali produttrici di macchine o articoli sportivi e si diffonde anche per una specie di snobismo.

Nulla di male, anzi la tendenza meriterebbe di essere incoraggiata. Ma v'ha chi considera gli sports così come si estrinsecano attualmente più nocivi che utili, anzi pericolosi. Il dott. Laumonier è uno di questi. Nelle *Gazette des Hôpitaux* egli espone alcune osservazioni che meritano di essere prese in considerazione, pur essendo improntate ad una certa esagerata severità nel giudicare gli sports.

Il Laumonier comincia con il rilevare che esiste una differenza fra sport ed esercizii fisici. Il primo è una pratica metodica di certi esercizi allo scopo di raggiungere una certa abilità che consenta di battere un *record*, ossia di sorpassare ciò che è stato già raggiunto nello stesso genere. L'esercizio fisico invece è fatto esclusivamente allo scopo di migliorare le condizioni della salute o a puro scopo di divertimento all'infuori di ogni fine di gara. Una ragazza che fa tranquillamente una passeggiata in bicicletta fa un esercizio fisico, ma se si sforza di percorrere una certa distanza in un tempo sempre più breve, o più breve di quel che non l'abbia percorsa un'altra persona fa dello sport.

Un primo inconveniente è dato dal fatto che ogni individuo cerca di specializzarsi, allenando un organo o un sistema d'organi in modo da ottenere in forza o in velocità un lavoro sempre più grande. Da ciò l'ipertrofia dell'organo, ipertrofia che non può spingersi oltre certi limiti senz'entrare nel patologico, e che ordinariamente si fa a detrimento di altri organi.

Ogni sport conduce ad esagerare il volume di un organo, quindi alla deformazione. In effetti tutti coloro che si dedicano per professione agli sports sono ben lungi dal tipo umano descritto da Policleto, Leonardo da Vinci e Fritsch: chi ha una testa di microcefalo su un collo taurino e spalle da Atlante, chi esibisce un torace enorme su gambe gracili.

Ma oltre a queste alterazioni morfologiche si hanno anche disturbi funzionali: l'accumulo delle scorie della iperfunzione di un organo costituiscono un fatto pericoloso, al quale l'allenamento ovvia solo in parte. Dopo lo sforzo del match il lottatore è più o meno esaurito e deve attendere del tempo per rimettersi. Recentemente Boigey ha dimostrato che gli esercizii fisici violenti producono disturbi circolatori che persistono molto più a lungo di quel che generalmente si crede: una corsa di cento metri disturba il ritmo cardiaco da quaranta minuti a cinque a seconda l'allenamento del soggetto; dopo una corsa di 3000 metri il normale funzionamento del sistema cardio-vascolare talvolta si ristabilisce solo dopo 17 ore; il giuoco del foot-ball nel quale l'attività muscolare ha soste di riposo consente al ritmo cardiaco di ristabilirsi più presto. Coteau non dà alcuna importanza a questi disturbi: l'eventuale ipertrofia cardaca che si stabilisce dopo qualche tempo non ha nulla di comune con quella dei cardiopazienti, è analoga all'ipertrofia dei muscoli delle gambe dei ciclisti e delle spalle dei boxeurs. Ma, osserva Laumonier, così ragionando non si tien conto che l'ipertrofia del miocardio nei cardiopatici si stabilisce per le medesime cause che determinano l'ipertrofia nei corridori. Senza dire che in parecchi casi anche in questi ultimi si notano vere e proprie lesioni cardiache, disturbi del fegato, ipertensione, alterazioni della secrezione urinaria, talora azotemia ed albuminuria, insufficienza di glandole endocrine, ecc., fatti tutti nei quali bisogna fare una certa parte alla rottura dell'equilibrio funzionale determinata dall'ipertrofia di un apparato. Ed in vero se la percentuale dei morti negli sportivi è alta, non è solo fra il rischio maggiore, ma anche per le malattie dovute direttamente o indirettamente ai grandi sforzi cui devono assoggettarsi.

Nelle donne l'abuso e la specializzazione dello sport è ancora più dannoso. In principio gli sports femminili tendevano a raddrizzare deformità o ad eliminare disturbi dovuti alla insufficiente attività di certi organi, ma la misura è stata subito passata.

Le donne si sono così virilizzate: i seni e le anche non si sviluppano, la capacità alla maternità si annulla.

Nè l'eugenica si avvantaggia della produzione dei così detti atleti: nei loro figli non si trovano certo riprodotte le artificiose ipertrofie.

Fin qui il Laumonier. Ma c'è da osservare che i suoi rilievi peccano un pò di esagerazione. Innanzi tutto va notato che il numero degli sportivi così detti professionisti, per i quali possono applicarsi le sue deduzioni pessimistiche, è trascurabile. Viceversa è grande il vantaggio che essi apportano interessando la grande maggioranza agli esercizii sportivi.

La ginnastica considerata come materia d'insegnamento nelle scuole o fuori — la recente innovazione con la creazione dell'Ente Nazionale dell'Educazione fisica non ha in Italia migliorata la situazione — è stata sempre oggetto di ridicolo.

Per diffondere l'amore agli esercizii fisici occorre la lotta, la gara, il giuoco, solo così si crea l'interesse, si invoglia all'imitazione.

La predicazione della necessità di esercitare il corpo è riescita e riescirà sempre sterile: occorre trar profitto della tendenza istintiva al giuoco.

Certo sarebbe preferibile è augurabile che perdano la loro voga certe specie di sport selvaggi, come la boxe, che si risolvono in un'offesa all'integrità personale e che sollecitano gli istinti bestiali delle masse.

Tutti gli altri sport vanno favoriti, incoraggiati anche se le osservazioni del Laumonier non fossero esagerate. *argo.*

Una formula o la formula?

Il *Journ. A. M. A.* (22 dic. 1923) si lamenta che in America vi siano in commercio specialità che, in omaggio all'obbligo di dichiararne la composizione, portano impresse *una formula* non rispondente al vero, e molte volte anche irrazionale per incompatibilità chimiche, come per alcune di queste specialità ha potuto controllare il laboratorio di chimica dell'*A. M. A.*

Non dovrebbero esser messe in commercio specialità di cui non si conosce *la vera formula*, la quale dovrebbe anche avere *una base scientifica*. R. D.

Regolamentazione della malarizzazione terapeutica in Germania.

Il « Ministero per la salute pubblica » della Germania ha diramato una circolare in cui richiama l'attenzione delle autorità sanitarie dipendenti sul pericolo che la malarizzazione dei paralitici progressivi possa avere per conseguenza la diffusione della malaria. Sollecita ad invitare i medici ad usare le maggiori cautele nell'eseguire questa cura, e specialmente a proteggere i pazienti contro le punture degli anofeli. Gli ufficiali sanitari dovranno rivolgere l'attenzione ad accertare se insorgeranno casi di malaria in conseguenza di tali cure.

(*Annali d'Igiene*, 1924, n. 6).

Sensibilizzazione professionale con semi di ricino.

H. S. Bernton (*The Amer. Journal of medical sciences*, 1923, n. 2) riferisce il caso di un chimico il quale durante il lavoro professionale venne acquistando una sensibiità per la polvere di semi di ricino; i sintomi clinici di tale sensibilità erano attacchi di coriza e di asma. La farina di semi di ricino, privata del grasso e depositata sopra una scalfittura della cute determinava un'eruzione di orticaria; la reazione cutanea si otteneva con una goccia di soluzione della proteina a diluizione di 1/250.000; in seguito all'assorbimento di estratti di farina di semi di ricino da parte di abrasioni cutanee, si manifestavano sintomi di intossicazione proteica. Con ogni probabilità la frazione globulinica possedeva proprietà antigene.

L'osservazione dimostra che le polveri organiche industriali possono causare una sensibilità acquisita; per la diagnosi ed il trattamento ha importanza la prova cutanea con il materiale sospetto.

A. Z.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

ABETTI MARIO. *Rendiconto statistico delle operazioni eseguite nell'Ospedale S. Giuseppe di Empoli nel quinquennio 1916-1920.* — Firenze, Tip. Istit. Gualandi, 1923.

ALOI VINCENZO. *Due casi di lipomi erniari strozzati.* — Napoli, R. U. Rapalo, 1922.

ARTOM MARIO. *Vitiligine ed ipofunzione ovarica.* — Milano, Coop. Graf. Operaia, 1923.

BONOLA F. *La terapia specifica nelle malattie sifilitiche del sistema nervoso.* — Siena, Tip. E. Bernardino, 1923.

CANTIERI COLLATINO. *Sul probabile interessamento del fascio di conduzione atrio-ventricolare in alcune sindromi miocardiche da malaria.* — Napoli, G. Barca, 1923.

CHINCARINI FRANCO. *La morbilità e la mortalità degli infermieri dell'Ospedale Maggiore di Milano negli anni 1914-21.* — Milano, Stucchi & Ceretti, 1923.

FIAMBERTI A. M. e FILIPPINI G. *Ferita accidentale limitata al piede della terza frontale sinistra e afasia motrice.* — Napoli, G. Barca, 1923.

FURNO ALBERTO. *Sulle crisi acetoniche dell'infanzia.* — Firenze, Luigi Niccolai, 1923.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

QUESTIONI PRATICHE.

LXVI. — Competenze dell' Autorità giudiziaria per domande di stipendio, indennità, compensi, ecc.

Fra le varie controversie che possono nascere dal rapporto di impiego pubblico appartengono alla competenza esclusiva dell'autorità giudiziaria quelle che, senza riguardare l'esistenza del rapporto o i doveri di disciplina e di servizio, concernono soltanto le utilità economiche. Per es.: stipendio, pagamento di indennità, compensi straordinari, ecc. Questa norma, non controversa, è stata confermata dalla IV Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 31 maggio 1924, n. 363. Infatti, con altra decisione 21 giugno 1924, n. 425, la IV Sezione si è dichiarata incompetente a giudicare di un ricorso concernente indennità per collocamento a riposo.

LXVII. — Effetti della decorrenza del termine per l' esercizio di facoltà eccezionali.

Qualora un organo amministrativo abbia esercitato una facoltà di carattere eccezionale e transitorio, legata ad un determinato termine, e quindi al di fuori delle norme comuni, una volta esaurito l'esercizio della facoltà eccezionale, non è dato all'organo deliberante di esercitare di nuovo lo stesso potere.

Questo criterio razionale è stato accolto dalla IV Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 6 giugno 1924, n. 374, a proposito di una deliberazione di Giunta provinciale amministrativa in sede di tutela, riguardante la sistemazione in pianta stabile di alcuni avventizi e le tabelle organiche degli impiegati del Comune di Cremona, in relazione all'art. 4 del D. L. 26 ottobre 1919, n. 1960.

Lo segnaliamo perchè si può farne applicazione nei casi più diversi, in relazione alle riforme organiche previste nei decreti 22 maggio e 24 settembre 1923, tanto più che con recente decreto la scadenza del termine dell'esercizio del potere straordinario di riforma degli organici e di dispensa dal servizio, è stata prorogata (ma per i Prefetti soltanto) sino al 31 dicembre 1924.

LXVIII. — Sospensione per motivi disciplinari.

Qualora si tratti di sospensione inferiore a tre mesi, la Giunta provinciale amministrativa non è investita di giurisdizione di merito, ma può decidere del ricorso contro il provvedimento per incompetenza, eccesso di potere e violazione di legge.

Riconosciuta la esistenza degli addebiti che hanno dato luogo alla sospensione per un tempo inferiore a tre mesi a carico dell'impiegato, la valutazione della gravità degli addebiti implica un apprezzamento di merito che, quand'anche possa apparire severo, sfugge al sindacato di pura legittimità.

Se, per una determinata colpa (contegno non corretto) sia in un regolamento prevista una data pena (censura), l'applicazione di una pena maggiore non è illegale, qualora a ciò autorizzi lo stesso regolamento, per *maggiore gravità* della colpa stessa.

(Consiglio di Stato, Sezione IV, decisione 6 giugno 1924, n. 372).

È da avvertire però che, essendo ammesso il controllo del provvedimento disciplinare per eccesso di potere oltre che per violazione di legge, si devono considerare, caso per caso, le situazioni singole.

LXIX. — Dispensa dal limite di età per i concorsi all' ufficio di medico condotto.

Sono dispensati dal limite di età, per la partecipazione ai concorsi all'ufficio di medico condotto, i sanitari che *abbiano prestato* o prestino servizio in altre condotte (art. 29 del regolamento sanitario 19 luglio 1906, n. 466). Risultava dagli atti che il dott. Vitale Vincenzo era stato nominato nel 1916 medico condotto, in un Comune e che dal febbraio 1909 all'agosto 1910 aveva prestato servizio, per nomina in seguito a concorso, in altro Comune e che poi aveva prestato servizi interinali. Tuttavia, la Commissione esaminatrice dei titoli per il concorso indetto dal Comune di Formia, lo escluse ritenendo che fosse efficace il limite di età stabilito dal regolamento sanitario. Ma la IV Sezione, con decisione 26 luglio 1924, n. 526, ha annullato la deliberazione di nomina di altro sanitario, approvata dal Comune in base a quel concorso, considerando che il servizio sopra indicato era sufficiente al fine dell'ammessione del dottor Vitale al concorso, sebbene egli avesse superato l'età di anni quarantacinque.

La decisione è interessante per il caso speciale al quale si riferisce, in quanto si trattava di servizi non recenti e in parte interinali.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

LXX. — Domanda di indennità per lavoro straordinario.

L'impiegato non può proporre azione giudiziaria, innanzi al magistrato ordinario, per risarcimento di danni cagionati da provvedimenti illegittimi dell'amministrazione, relativi alla sua carriera, se prima non abbia ottenuto dalla competente autorità amministrativa la dichiarazione di illegittimità dei provvedimenti stessi.

Questa massima, accolta dalla Corte di Appello di Bologna con sentenza 25 aprile 1924, si può considerare costante, se si eccettua qualche sentenza difforme, in confronto, per es. di impiegati dello Stato nel caso di illegittimo collocamento a riposo.

Con la stessa sentenza, la Corte di Bologna si è essenzialmente uniformata, circa la domanda di indennità per lavori straordinari, al principio stabilito dalle Sez. Unite della Corte di Cassaz. con la sentenza 17 genn. 1924 (Comune di Napoli c. Almirante) della quale demmo notizia in questa rivista. Si è ritenuto, cioè, che sia improponibile, innanzi al magistrato ordinario, l'azione dell'impiegato per pagamento di compenso per lavoro straordinario se manchi un provvedimento amministrativo che abbia ordinato tale lavoro, *riconoscendolo straordinario*. Per meglio precisare, riportiamo la esposizione che del suo criterio ha fatto la Corte di Bologna. « Affinchè sussista un diritto azionabile dell'impiegato a pagamento di stipendio per lavoro straordinario, non basta che il lavoro stesso si dimostri compiuto in *circostanze diverse* da quelle ordinariamente imposte all'impiegato, ma occorre che sussista un provvedimento amministrativo il quale non solo tale lavoro abbia effettivamente ordinato, ma gli abbia insieme riconosciuto la qualifica di straordinario. Questa tesi trova la sua giustificazione nel concetto della discrezionalità e conseguente insindacabilità del potere dell'amministrazione di regolare, con criteri suoi propri e adattabili alle circostanze particolari del caso, il funzionamento dei vari rami del servizio, concetto questo cui fa riscontro l'altro della inesistenza di un vero e proprio diritto dell'impiegato ad ottenere che la prestazione della sua opera, cui si riferisce il trattamento economico assegnatogli, rimanga in qualsiasi evento circoscritto per l'oggetto e la durata entro limiti fissi e inderogabili ».

Così argomentando, la Corte di Bologna è andata oltre la risoluzione adottata, con più vivo senso dei limiti, dalle Sezioni Unite.

Un criterio assoluto e generale, ugualmente applicabile per tutti i rapporti di impiego, non è possibile. In questo caso si vede nettamente il pericolo delle formulazioni di massima, quando si tratti di regolare rapporti che, per diversità di contenuto obbligatorio e per varietà di regole speciali, non si possono ridurre al minimo comune denominatore di una norma rigida.

Pongasi il caso del medico condotto, nominato per l'assistenza gratuita dei poveri, il quale presti servizio alla generalità degli abitanti per disposizione del Comune. Si può contestare che siffatta prestazione abbia carattere straordinario, oltre i limiti dell'obbligo assunto dal medico, per effetto della nomina, in rapporto ad un corrispettivo ragguagliato a *forfait* alla cura dei soli poveri?

Si può pensare, in questo caso, che, oltre la richiesta, sia necessario un atto formale del Comune, che qualifichi straordinaria la prestazione, che è tale per sua natura? Certamente no, perchè il carattere straordinario della prestazione gratuita, alla quale il medico non è tenuto per obbligo normale, risulta dalle condizioni della nomina e dalle norme che regolano il rapporto di impiego inerente alla condotta.

Si consideri un'altra ipotesi, per lo stesso caso. Il Comune non fa un atto positivo e formale, cioè non richiede prestazione per gli abbienti, ma non compila l'elenco dei poveri, sì che al medico manca la possibilità di individuare le persone aventi diritto alla cura gratuita e manca il titolo per opporsi a qualsiasi richiesta di assistenza.

Qui si profila una responsabilità del Comune per inadempimento, con lo effetto del risarcimento dei danni; ma, in sostanza, il medico può agire, anche in questo caso, per il lavoro straordinario al quale è stato costretto per fatto del Comune.

Bastano queste considerazioni per dimostrare quanto sia errata la generalizzazione di una tesi che, in dati casi ed entro certi limiti, può essere giusta. Infatti, la Corte di Bologna crede di trovare una giustificazione alla sua tesi, « nel concetto della discrezionalità e conseguente insindacabilità del potere dell'amministrazione di regolare con criteri suoi propri e adattabili alle circostanze particolari del caso, il funzionamento dei vari rami del servizio ». Ma il potere dell'amministrazione trova un limite nella legge e nel contratto. In ogni modo, è opportuno tener presenti queste risoluzioni giurisprudenziali, per regolare accortamente la posizione nei casi di lavoro straordinario, precostituendosi, se possibile, un titolo, cioè un atto formale, di incarico espresso.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

Per il ritorno al sistema elettivo nelle cariche universitarie.

Il sen. Albertoni ha presentato al ministro della P. I. un'interrogazione per sapere se intenda ristabilire il sistema elettivo per la scelta dei rettori e dei presidi degli Istituti superiori d'istruzione, dei membri del Consiglio Superiore della P. I. e delle commissioni esaminatrici dei concorsi universitari, come sarebbe desiderabile.

Per la clinicizzazione degli ospedali.

Presso il gabinetto del ministro dell'interno si è adunata la Commissione per la compilazione del regolamento sulla clinicizzazione degli ospedali. Erano presenti il ministro on. Federzoni, alcuni funzionari del Ministero, i proff. Viola di Bologna, Donati di Padova, Muscatello di Catania e Trambusti di Genova, quali rappresentanti delle scuole mediche, il prof. Pesci quale presidente della Federazione nazionale dei medici ospitalieri delle città universitarie, il quale si era aggregati i proff. Vigliani di Padova e Camisa di Parma. Non fu possibile di raggiungere un pieno accordo. Il consenso di ambo le parti si affermò sui seguenti concetti:

1) Venne fissato per le cliniche un numero massimo di letti, che in nessun caso dovrà essere superato; 2) L'ampliamento delle cliniche sarà effettuato senza la soppressione di alcuno dei reparti ospedalieri; 3) L'applicazione del decreto si eseguirà secondo le proposte di una Commissione locale, composta del rettore dell'Università, di un amministratore degli ospedali, di un direttore di clinica, di un primario di ospedale, tutti nominati dalle rispettive categorie. In caso di mancato accordo fra i quattro rappresentanti si nominerà un quinto membro.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

Continuazione *vedi fasc. 38*).

Città e presidio militare di Brescia.

	Lire
Dott. Parisio Paolo	20
Dott. Paroli Giacomo	20
Dott. Rini Pietro	20
Prof. Seppilli Giuseppe	20
Prof. Sironi Luigi	20
Dott. Bontempi Giacomo	15
Dott. Iacotti Roberto	15
Dott. Lui Aurelio	15
Prof. Baratozzi Ugo	10
Dott. Benussi Guido	10
Dott. Berlucchi Ignazio	10
Dott. Bianchi Gustavo	10
Dott. Binetti Giulio	10
Dott. Bontempi Francesco	10
Dott. Borgo Giuseppe	10
Dott. Braga Mario	10
Dott. Calzavara Aldo	10
Dott. Casolino Leonardo	10
Dott. Cavalli Ottavio	10
Dott. Cornetti Bono	10
Dott. De Antoni Luigi	10
Dott. De Franceschi Ettore	10
Dott. Falsetti Leopoldo	10
Dott. Francioni Gino	10
Dott. Gallina Achille	10
Dott. Iori Mario	10
Dott. Costantino Mantovani, id.	25
Dott. Brianza Giuseppe, id.	20
Dott. Cannone Michele, id.	25
Dott. Riuni Giovanni, id.	25
Dott. Mazzuchelli Luigi, id.	50
Dott. Vincentelli Alberto, id.	50
Dott. Cattaneo Angelo, id.	25
Dott. Lazzaroni Pietro	10
Dott. Leidi Francesco	10
Dott. Levi Minzi Arturo	10
Dott. Lombardi Ernesto	10
Dott. Manara Carlo	10
Dott. Merli Filippo	10
Dott. Orlandini Camillo	10
Dott. Pallaveri Ferruccio	10
Dott. Perini Giuseppe	10
Dott. Petrò Francesco	10
Dott. Rovetta Angelo	10
Dott. Rusconi Cesare	10
Dott. Schileo Adolfo	10
Dott. Taramelli Fausto	10
Dott. Zuliani Andrea	10
Dott. Azzi Giovanni	5
Dott. Cerutti Rosario	5
Dott. Davoglio Marrani Rolando	5
Dott. Guidotti Guido	5
Dott. Materzanini Augusto	5
Dott. Piotti Cristoforo	5
Dott. Tonini Gerolamo	5
Dott. Uberti Cesare	5
Dott. Laffranchi Vir., Vestone	50
Dott. Volpi Giuseppe	20
Prof. Albini Ernesto	20
Dott. Palazzi Giuseppe	10
Magg. M. Micchini Antonio	10

Corpo d'armata di Milano.

	Lire.
Dott. Federico Polli, Milano	25
Dott. Alcide Laffranchi, id.	20
Dott. Michele Meda, id.	25
Dott. Carlo Lasagna, id.	25
Dott. Costantino Bianchi, id.	25
Dott. L. C. Blan, id.	25
Dott. Annibale Albini, id.	25

(*Continua*).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ASCOLI PICENO. — Medico del Dispensario celtico comunale, per la profilassi e la cura gratuita d. sifil. e d. mal. veneree; L. 6000; nomina e conferme triennali. Tassa ammissione L. 50 (quitanza dell'Economato comun.). Esami. Serv. entro 15 g. Scad. 10 ottobre. Chiedere annunzio.

CASTIGLIONE DELLA PESCAIA (*Grosseto*). — Per Vetulonia; L. 9000. Proroga al 30 ottobre.

COSENZA. *Ospedale Civile*. — Chirurgo aiuto incaricato del gabinetto d'indagini cliniche. Scad. 15 ott. Titoli comprovanti la competenza nelle due branche richieste.

GENOVA. — Scad. 23 ott. Medico batteriologo; L. 11,000 e 8 bienni di L. 500, oltre c.-v. nella misura degli altri impiegati del Comune.

GROSSETO. *R. Prefettura*. — Ufficiale sanitario del capoluogo. Proroga al 15 ottobre.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — Medico ispettore; L. 13,000; c.-v. di Stato; bienni fino a L. 24,000 dopo il 20° anno; L. 15 servizio notturno. Età mass. 39 a. Esami (igiene; legislaz. e assist. sanit.; batteriol. e microsc.). Chiedere annunzio alla Direz. Medica. Docum. al Protocollo non oltre ore 16 del 15 novembre.

PIEDIMONTE SANGERMANO (*Caserta*). — Posto medico condotto vacante cercasi subito interino cura poveri, stipendio 6000 oltre indennità cavalcatura, salvo miglioramenti in corso di approvazione, assunzione servizio 10 ottobre, dimora stabile nel Comune, probabile nomina stabile. Inviare domanda documenti sindaco.

ROMA. *Azienda delle Tramvie Municipali*. — Medico fiduciario. Scad. ore 15 del 15 ott. Limiti età: 35-50 a. L. 1400 mensili; tessera libero percorso. Accettaz. entro 15 g. È consentito il libero esercizio profess. Chiedere annunzio e capitolato alla Direzione (via Volturno 59, Roma).

Il «Journal de Médecine de Bordeaux» del 10 settembre 1924 informa che la Società Anonima «Huilerie de Congo Belge» fa richiesta di medici forniti del diploma coloniale per il Congo Belga. Scrivere alla sede sociale, Lever House 150, rue Royale, Bruxelles.

CONCORSI A PREMIO.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — Secondo le disposizioni testamentarie del dott. Angelo De Vincenti, ed in relazione a deliberazione del Consiglio, è aperto il concorso a un premio di L. 3000 da conferirsi all'autore del migliore lavoro originale, riguardante la Nevropatologia, scritto in lingua italiana, da giovani studiosi della specialità. Gli aspiranti devono essere medici assistenti alla Sezione Nevrologica Serafino Biffi dell'Ospedale Maggiore, o medici inscritti ai corsi d'insegnamento pratico presso l'Ospedale. Il concorso si chiude alle ore 12 del giorno 31 dicembre 1924. Il lavoro premiato verrà pubblicato sulla Rivista l'«Ospedale Maggiore».

ROMA. *Associazione Italiana per l'Igiene*. — La Associazione, per incarico della «Compagnia Italiana dei Grandi Alberghi», ha bandito un Concorso nazionale a premi, offerti dalla Compagnia stessa, per un Opuscolo di propaganda sul tema: «L'igiene negli alberghi», norme ad uso del personale subalterno. Un 1° premio è di L. 3000; un 2° premio di L. 1000. Termine utile per la presentazione dei lavori 15 gennaio 1925. Per informazioni e chiarimenti rivolgersi al segretario dell'Associazione dott. Giovanni Palomba, via Vittorio Veneto, 96, Roma (25).

NOTIZIE DIVERSE.

Nuovi senatori.

Sono stati elevati alla dignità del laticlavio quattro insigni rappresentanti della classe medica.

Il prof. Cirincione Giuseppe, nato a Bagheria (Palermo) nel 1865, ha occupato successivamente le cattedre di clinica oculistica delle Università di Siena, Genova, Palermo e Roma dove è titolare dal 1908; ha per due legislature fatto parte della Camera dei deputati.

Il prof. Giordano Davide, nato a Torre Pellice (Piemonte) nel 1864, è direttore del reparto chirurgico dell'ospedale civile di Venezia; è stato sindaco e commissario regio di Venezia.

Il prof. Guelpa Guglielmo, nato a Comandola (Piemonte) nel 1851, da oltre 30 anni esercita la sua professione a Parigi; è ideatore del metodo curativo che ne reca il nome.

Il prof. Simonetta Luigi, nato nel 1861, appartiene a famiglia lombarda, ma è umbro ormai per dimora; filantropo e studioso, ha consacrato molta parte della sua attività al Collegio-convitto di Perugia, di cui regge le sorti quale presidente del Consiglio d'amministrazione; copre altre cariche importanti.

Per queste nomine esprimiamo il nostro vivo compiacimento.

La Mostra Idrologica alla IV Fiera Campionaria di Napoli.

Il Comitato Esecutivo della IV Fiera Campionaria di Napoli, che si tiene dal 16 al 30 settembre, ha preso la lodevole iniziativa di una Mostra Idrologica, riservando allo scopo uno dei migliori padiglioni, e concedendo agli espositori particolari facilitazioni.

Alla organizzazione della Mostra è stato delegato il prof. gr. uff. Emilio Di Tommasi, direttore sanitario delle Terme di Agnano, componente del Consiglio generale dell'Associazione Medica Italiana di Idrologia, Climatologia e Terapia Fisica.

La nuova sede della Cassa Nazionale Infortuni a Fiume.

Il 9 settembre ebbe luogo a Fiume l'inaugurazione ufficiale della nuova sede compartimentale della Cassa Nazionale Infortuni per la provincia del Carnaro, ove l'Istituto svolge da tempo la propria azione con nobilissimo sentimento di italianità. Intervennero alla cerimonia S. E. l'on. Nava, ministro dell'Economia Nazionale, S. E. l'on. Dino Grandi, S. E. il ministro di Stato sen. march. Ferrero di Cambiano.

Corso di patologia coloniale.

Nel dicembre prossimo, nei locali annessi alla R. Clinica Medica di Bologna, si inizierà un corso di patologia delle malattie coloniali per soli laureati. Il programma d'insegnamento comprenderà: la Clinica delle malattie coloniali, l'Igiene coloniale, la Protozoologia, l'Entomologia, l'Elmintologia, la Bacteriologia e la Sierologia. Alle lezioni teoriche si alterneranno esercizi pratici e di dimostrazione, essendo tale scuola fornita di abbondante materiale scientifico e di laboratorio, in locali recentemente adattati. Vi saranno inoltre reparti per malati.

Per la crociata contro la Tubercolosi.

Alla Colonia profilattica «Principessa Laetitia», fu assegnato il premio di L. 7000 dal Ministero della P. I.

Alla Colonia «Davide Ottolenghi», istituzione che si aprirà in collina il prossimo autunno, la Cassa di Risparmio di Torino, di cui è presidente il gr. uff. Alberto Geisser, ha assegnato L. 5000, la Cartiera Italiana L. 2000, il comm. Cesare Verona L. 1000, il gr. uff. Gustavo Quarelli L. 100 e vi si aggiunsero altre offerte da volonterosi.

Periodici rinnovati.

«La Clinica Medica Italiana», che contava più di mezzo secolo di vita gloriosa, dopo 8 anni di silenzio risorge a cura del prof. Carlo Vallardi, che ne sarà il redattore-capo; intende costituire un utile complemento de «La Gazzetta degli Ospedali» e de «Il Morgagni». È pubblicata dalla Casa editr. dott. Francesco Vallardi e dalla Società Editrice Libraria di Milano. Uscirà per ora in fascicoli bimestrali, poi mensilmente: il primo fascicolo, ricco di circa 100 pagine, contiene sette pregevoli memorie originali.

Degna del suo passato e sicura dell'avvenire, la risorta rivista conta sulla collaborazione di tutti gli studiosi delle nostre scuole mediche.

Gli «Annali dell'Istituto Maragliano», già consacrati alla tubercolosi, assumono il titolo di «Archivi di Biologia applicata alla Patologia, alla Clinica ed all'Igiene» ed ospiteranno lavori originali in tutti i campi della medicina scientifica. Nella direzione il sen. Maragliano verrà fiancheggiato dai proff. Trambusti, Canalis e Figari. La redazione è stata saldamente costituita.

Avranno periodicità bimestrale. Saranno editi dalla Fondazione dell'Istituto Maragliano.

Ai due periodici i nostri cordiali auguri.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 - Tip. Cartiere Centrali (S). L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXXI Roma, 6 Ottobre 1924 Fasc. 40

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LEZIONI.

ISTITUTO DI CLINICA ORTOPEDICA
E TRAUMATOLOGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.

Frattura dello scafoide carpale sinistro.

Lezione del prof. RICCARDO DALLA VEDOVA, raccolta dal dott. GIUSEPPE TANCREDI, assistente incaricato.

Richiamo oggi la loro attenzione su un traumatizzato che ha subito tre giorni fa una lesione violenta del polso destro, di tale sede, di tale natura e di tale estensione che certamente potrebbe trarre in inganno chi l'osservasse superficialmente, e soprattutto senza sussidio radiografico. Questo giovane paziente ha 22 anni, ha altezza notevolmente superiore alla media, sviluppo scheletrico regolare, masse muscolari ben sviluppate; è boxeur (peso massimo). Dava un pugno giorni fa con la mano sinistra, mantenendola in iperestensione dorsale e in adduzione ulnare e colpì l'avversario nella regione zigomatica con il metacarpo del pollice. Dopo inferto questo pugno della sinistra il combattimento si protrasse ancora per qualche minuto, e durante questo tempo il paziente non avvertì nessun dolore, ma, cessato appena il combattimento, incominciò ad apprezzare una sensazione dolorosa al polso sinistro e rapidamente si rese manifesta anche una lieve tumefazione che a poco a poco è andata estendendosi, senza però raggiunger mai un volume cospicuo.

Venne alla nostra osservazione nell'ambulatorio ieri nel pomeriggio, presentando una obbiettività in nulla diversa da quella che possiamo attualmente rilevare. Colpisce subito la nostra attenzione il fatto che non esiste una deformità grossolanamente apprezzabile, che il paziente mantiene la mano in atteggiamento pressochè indifferente, e non sente bisogno di sostenerla. Esiste lieve enfiagione diffusa nella regione del polso più accentuata nella periferia radiale, evidente in corrispondenza della superficie palmare del polso, ma più notevole nella superficie dorsale. Sono inoltre scomparsi il normale infossamento della tabacchiera anatomica e l'altra piccola fossetta che di norma limita ulnarmente il tendine del lungo estensore del pollice. Non esiste alcun disassamento. Non sono rilevabili ecchimosi.

Alla palpazione non si apprezza spostamento dell'epifisi inferiore del radio nel senso dell'altezza. Come normalmente, l'apofisi stiloide radiale è più bassa dell'ulnare. L'ulna non presenta alcuna deformità, non è dolente alla pressione; del radio si dimostra dolente tutta l'epifisi distale. L'apofisi stiloide radiale è in sede normale nel fondo della tabacchiera anatomica.

Il dolore, che manca alla base della stiloide radiale, si rivela facilmente verso la sua estremità. I metacarpi e le ossa del carpo distalmente non dimostrano dolore. La prima fila delle ossa del carpo è dolente, specie dal lato radiale e il dolore, che è più accentuato sulla regione dello scafoide, è ancora notevole sul semilunare, mentre si attenua sul piramidale e sul pisiforme. Indolenti sono le basi dei metacarpi e le ossa carpiche della seconda fila. Dolorosissima è la pressione sulla base della tabacchiera anatomica che appare ricolma anche alla palpazione e dove non si apprezza però superficializzato il polso della radiale. Per completare la ricerca dei dati che offre la palpazione, è opportuno un ricordo di fisiologia. Esaminando radiograficamente il comportamento dello scafoide nelle due posizioni di adduzione ulnare e di abduzione radiale della mano, si vede che nell'adduzione ulnare lo scafoide si dispone col suo maggiore asse per lungo rispetto al radio e col suo margine convesso sporge nella tabacchiera anatomica; nell'abduzione radiale invece esso diventa antero-posteriore e si appoggia sull'epifisi inferiore del radio. Il semilunare nell'adduzione ulnare si appoggia sull'epifisi inferiore del radio; nell'abduzione radiale prende col radio rapporti sempre più circoscritti spostandosi ulnarmente. Per palpare lo scafoide nella profondità della tabacchiera anatomica, bisogna tenere la mano addotta ulnarmente, cioè in quell'atteggiamento in cui lo scafoide offre una più estesa superficie accessibile. Eseguendo nel paziente questa manovra, si desta dolore notevole ma non eccessivo. Non si avverte crepitazione.

Esercitando una pressione longitudinale continua o a piccoli colpi sulla testa del I metacarpo, si desta dolore nella tabacchiera anatomica, dolore che è meno intenso ma ancora si desta quando si esercita una simile pressione longitudinale sulla testa del II metacarpo. Nel nostro paziente la pressione longitudinale continua o a piccoli colpi sulla testa del III metacarpo non risveglia dolore nella tabacchiera anatomica.

Lo studio dei movimenti attivi dimostra una lieve limitazione dell'estensione dorsale della mano e una limitazione meno notevole della flessione palmare; una limitazione discreta dell'abduzione radiale, meno pronunziata dell'adduzione ulnare. Vi è essenzialmente limitazione dell'estensione dorsale e dell'abduzione radiale. I movimenti passivi presentano una limitazione analoga ma meno notevole.

Abbiamo apprezzato tumefazione circoscritta della metà radiale del polso, dolorabilità nella tabacchiera anatomica alla pressione profonda in senso antero-posteriore e più in senso trasversale, dolorabilità alla pressione sulle teste del I e del II metacarpo, dolore nella abduzione radiale e nell'iperestensione dorsale. Possiamo dire che con grande probabilità esiste frattura dello scafoide, pur essendo risultata negativa nel nostro paziente la ricerca di quel sintoma sul quale è stata richiamata l'attenzione da Hirsch e da lui considerato come patognomonico, e che consiste nella dolorabilità provocata nella tabacchiera anatomica dalla pressione continua o a piccoli colpi esercitata longitudinalmente sulla testa del III metacarpo, pressione che nella frattura dello scafoide suole risvegliare dolore se esercitata sulla mano addotta ulnarmente, mentre non è dolorosa se la mano è abdotta radialmente. Questo diverso comportamento della dolorabilità provocata dalla pression longitudinale sul III metacarpo nelle fratture dello scafoide trova facile spiegazione nelle modificazioni di rapporti che interviene nell'adduzione e nell'abduzione del polso fra le ossa della prima e della seconda fila del carpo e l'epifisi radiale. Se si pensa infatti che nel-

FIG. 1
Ricerca del sintoma di HIRSCH. Abduzione radiale: la pressione sulla testa del III metacarpo stimola lo scafoide.

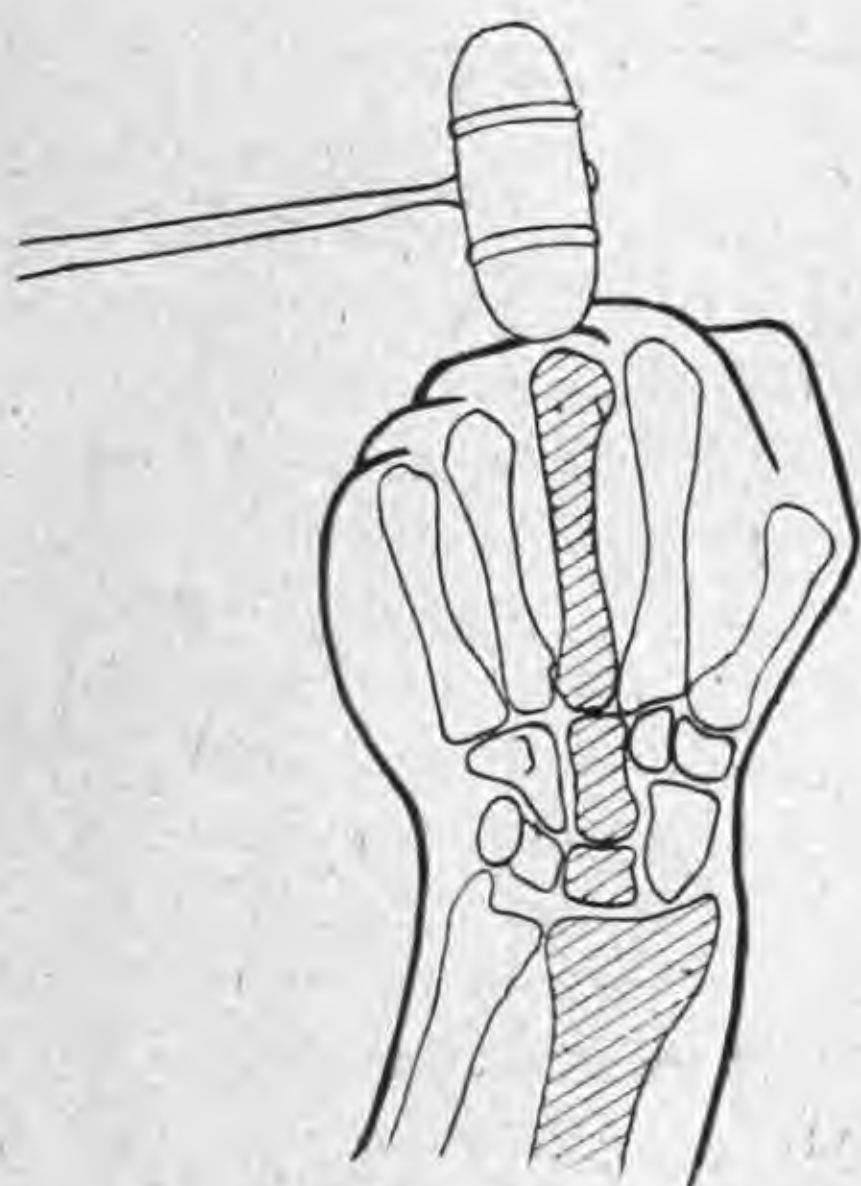



FIG. 2.
Ricerca del sintoma di HIRSCH. Abduzione ulnare: lo scafoide non è stimolato dalla pressione sulla testa del III metacarpo.

l'atteggiamento di abduzione radiale della mano la pressione esercitata sulla testa del III metacarpo si trasmette direttamente al capitato e di qui al radio, attraverso lo scafoide, e se si pensa ancora che, nell'atteggiamento di adduzione ulnare della mano, la pressione esercitata sulla testa del III metacarpo si trasmette al capitato e di qui al radio attraverso il semilunare e meno attraverso lo scafoide, ben si comprenderà come in questa seconda posizione lo scafoide è assai meno stimolato che nella precedente che è quella nella quale è rilevabile il dolore.

Nel nostro infermo, se clinicamente è abbastanza fondata la diagnosi di frattura dello scafoide, il reperto radiografico ci dimostra sicuramente la lesione: vediamo infatti che nelle radiografie sono assolutamente normali le epifisi inferiori del radio e dell'ulna, normali le stiloidi radiale e ulnare, normali tutte le altre ossa: solo si osserva una frattura dello scafoide senza spostamento.

FIG. 3.

La prima radiografia, eseguita a ràggi perpendicolari, lasciando l'asse della mano in continuazione di quello dell'avambraccio, dimostra nel corpo dello scafoide una zona di minore opacità, come un'articolazione tra due ossa (scafoide bipartito).

FIG. 4.

Nella seconda radiografia, eseguita anche a raggi perpendicolari, ma tenendo la mano in adduzione ulnare, si vede nel corpo dello scafoide una macchia a contorni sfrangiati, una rarefazione che potrebbe far pensare piuttosto a una carie che a una frattura.

La terza radiografia rassomiglia moltissimo alla seconda: la mano era in adduzione ulnare, però la direzione dei raggi non era perpendicolare ma inclinata di circa 25°. Qui si ha nettissima la visione della frattura.

I dettagli morfologici che risultano differenti in ciascuna delle tre radiografie, praticate in atteggiamenti diversi della mano, o con varia direzione del fascio anticatodico (in modo da colpire obliquamente la regione dello scafoide), dimostrano l'opportunità di ricorrere a questi artificii di tecnica ogni volta che una

FIG. 5.

prima radiografia di un polso, nel quale clinicamente si è sospettata una lesione scafoidea, non confermasse la diagnosi.

Anteriormente all'anno 1897 si credeva che la frattura dello scafoide avvenisse solo per colpo diretto (da arma da fuoco, da strumento contundente): spesso anzi gli anatomici (Pfitzner) ebbero modo di studiare scafoidi bipartiti in casi nei quali, in base alle nostre odierne conoscenze, è lecito dubitare che si fosse trattato di fratture non riconosciute (e guarite con callo fibroso). Prima della scoperta dei raggi Roentgen non si riusciva a diagnosticare una frattura dello scafoide, che non fosse notevolmente scomposta, o non fosse complicata da lussazione di uno dei frammenti, perchè questo tipo di lesione non si rende manifesto per deformità notevole, suffusione ematica, crepitio evidente; nè del resto poteva con sicurezza riferirsi allo scafoide l'eventuale apprezzamento di crepitazione. Possiamo dire che la storia della frattura di quest'osso, e sopratutto della

diagnosi di questa frattura, incomincia con la scoperta dei raggi X. Nel 1897 Destot pubblicò per la prima volta sette casi di frattura clinicamente e radiograficamente studiati.

La frattura dello scafoide è senza dubbio più frequente di quello che un tempo non si pensasse: non è esagerato ritenere che essa si riscontri nella clinica una volta ogni 10 fratture dell'estremo inferiore del radio; la sua frequenza sarebbe dell'1 % delle fratture in genere, se ci riferiamo ai dati finora raccolti. Ma le statistiche di cui oggi disponiamo non ci dànno ancora elementi abbastanza precisi; e non farebbe meraviglia se fra qualche tempo dovessimo affermare che la frequenza è in verità anche superiore a quella che oggi ci apparirebbe. In quanto che molti casi di frattura dello scafoide, nella scarsezza di sintomi e nella insufficienza di osservazione sono stati finora diagnosticati per distorsioni: ed in questo errore di diagnosi trova fondamento la convinzione volgare della maggiore gravità delle distorsioni del polso in rapporto alle fratture dell'estremo inferiore del radio. Fra le lesioni violente delle ossa del carpo la frattura dello scafoide è la più frequente fra tutte: segue in ordine di frequenza la lussazione del semilunare, poi la lussazione radio-carpica e in ultimo la lussazione intercarpale.

Lo scafoide può fratturarsi nel corpo o nella tuberosità. Per le fratture del corpo bisogna distinguere due tipi:

1) Fratture senza pestamento del trabecolato.

2) Fratture con pestamento degli elementi centrali del nucleo del corpo, con spappolamento così notevole che si è perfino parlato di carie.

Preiser richiama l'attenzione sulle «necrosi traumatiche». Egli dice che in seguito a trauma della mano, a una distorsione che stiri i legamenti, i vasi nutritizii, che attraverso di essi giungono all'osso, subirebbero lesioni più o meno complete da strappamento, tali da rendere insufficiente l'apporto nutritivo. Ne seguirebbe una necrosi traumatica, che predisporrebbe a una frattura patologica in occasione di uno sforzo successivo anche lieve. Ora questa interpretazione di Preiser non risponde sempre al vero, perche in realtà l'esperienza ci dimostra che si può avere, a seguito di un unico trauma del polso, una frattura con tale pestamento del nucleo midollare, da offrirci un'immagine radiografica interpretabile come una carie, come si può vedere nella radiografia n. 2 (fig. 4).

Le fratture dell'apofisi dello scafoide sono extra-articolari, e, come tali, si saldano di solito per consolidazione ossea: nelle fratture del corpo invece, sia in un corpo compatto, sia in un corpo con spongiosa pestata, la scontinuità si svolge dall'articolazione radiocarpica all'articolazione intercarpica, perchè lo scafoide, tranne i margini anteriore e posteriore del corpo, sui quali si inseriscono i legamenti, e la massa apofisaria, è in tutta la sua superficie rivestito di cartilagine. Per la sede intra-articolare e per la scarsa nutrizione che ai frammenti viene attraverso a ligamenti lesionati dal trauma si producono tali disturbi nutritivi che la consolidazione ossea della frattura non si verifica. La frattura del corpo dà esito in pseudo-artrosi.

Nelle fratture dello scafoide da causa indiretta il meccanismo di lesione consiste in una azione violenta che esercita un'iperestensione dorsale del polso in adduzione ulnare o in abduzione radiale della mano. A seconda della maggiore o minor violenza del trauma, i frammenti della frattura del corpo possono subire vario spostamento, fino al punto che un frammento (di solito il distale) può lussarsi nella tabacchiera anatomica fino ad invertirsi.

La frattura avviene per inflessione o per schiacciamento, purchè la mano sia in iperestensione dorsale, posizione nella quale per la tensione dei legamenti le ossa sono fisse. Se l'urto agisce dal lato ulnare, lo spostamento del trapezio e del trapezoide induce una inflessione dello scafoide (*frattura da iperflessione*): ma se la pressione si trasmette longitudinalmente dal metacarpo e specialmente dal III, al capitato (che funziona da martello) e di qui sullo scafoide, mentre l'epifisi radiale fa da incudine, lo scafoide, compresso, si frattura con spappolamento (*frattura da schiacciamento*).

Nel nostro paziente il reperto radiografico dimostra una frattura da compressione, mentre l'anamnesi indicherebbe nettamente un meccanismo di iperflessione, poichè egli racconta che, tenendo la mano in iperestensione, ha colpito l'avversario con la testa del I metacarpo. Ma non è da escludere che all'azione flettente si sia aggiunta l'azione comprimente, in quanto la testa del capitato abbia trovato modo di incunearsi nel corpo dello scafoide, che su di essa si infletteva, e di schiacciarlo.

Per la prognosi sono da distinguere le fratture dell'apofisi da quelle del corpo, perchè, come abbiamo visto, quelle consolidano facilmente, queste dànno esito in pseudo-artrosi, mai in consolidazione ossea. L'artrite deformante segue alla pseudo-artrosi, anche se questa è stretta. La testa del capitato mal si ap-

poggia sulla rima o sullo scalino presentati dallo scafoide e si deforma.

Così che oggi si è inclini a un trattamento poco conservativo, e quindi poco ortomorfico: si consiglia di asportare i due frammenti fin dal primo tempo, anche quando non siano lussati, per evitare i disturbi da pseudo-artrosi e da artrite deformante. A questa convinzione ci hanno indotto le osservazioni più recenti, poichè si sa ormai che allontanando lo scafoide, prima che si sia stabilita l'artrite deformante, si ha in definitiva una limitazione di movimenti assai minore che lasciandolo in sito o allontanandolo soltanto secondariamente. Bisogna dunque toglierlo in primo tempo. Se il paziente rifiuta di sottoporsi a un intervento chirurgico, si immobilizza la mano non più che per un paio di settimane e dopo si istituisce una opportuna cura fisioterapica, pur sapendo che la limitazione funzionale determinata dalla lesione non consolidata, equivalente alla persistenza di un duplice corpo mobile intra-articolare nella grande articolazione del carpo, resa comunicante in tutte e tre le sue rime dalla pseudo-artrosi scafoidea, finirà molto spesso col rappresentare un elemento così importante, da persuadere il paziente a sottoporsi all'operazione anche in secondo tempo: nel qual caso potremo attenderci dall'intervento un esito funzionale meno favorevole di quello che avremmo avuto diritto di aspettarci dall'intervento precoce.

***

Il nostro paziente in primo tempo non volle l'intervento operativo. Due mesi dopo ricorse in Clinica; i dolori in corrispondenza dell'interlinea radio-carpica lo avevano ridotto a un'impotenza funzionale grave. Fu asportato il frammento distale dello scafoide.

Riesaminato quattro mesi dopo l'operazione, egli ha ottenuto un notevole ricupero della funzione del polso. Vi è limitazione assai lieve dei movimenti di estensione dorsale e di abduzione radiale della mano: il movimento di flessione palmare è arrestato dal dolore che si risveglia in corrispondenza della regione dello scafoide. Il paziente non ha potuto riprendere l'esercizio della *boxe*, ma può senza disturbi guidare l'automobile, tanto che ha ripreso il suo antico mestiere di *chauffeur*.

NOTE E CONTRIBUTI.

SEZIONE DERMOSIFILOPATICA DEGLI SPEDALI CIVILI DI GENOVA
ff. primario: prof. U. REBAUDI.

Su alcuni moderni metodi di terapia antipruriginosa.

OSSERVAZIONI CLINICHE E CRITICHE

del dott. G. B. PODESTÀ, assistente.

La terapia delle dermatosi pruriginose, ad eziologia incerta ed ignota, sino a questi ultimi tempi aveva poco o punto progredito, restando limitata ai soliti antipruriginosi locali, che agiscono secondo un meccanismo di anestesia, cessata la quale ricomincia il molestissimo sintomo, talvolta con maggiore violenza ed intensità di prima. I casi ribelli ad ogni cura, mettenti alla più dura prova il valore del medico e l'efficacia della terapia, sono per contro tanto frequenti da far pensare seriamente a ricercare dei procedimenti con cui conseguire lo scopo in modo duraturo, tanto più che in taluno di questi casi più ostinati, le lesioni della pelle sono ridotte al minimo o sono secondarie al prurito, motivo per cui sopprimendo questo si viene automaticamente a sopprimere la malattia.

Si utilizzarono così i mezzi fisici: radioterapia, raggi violetti, alta frequenza, diatermia; si ricorse a metodi chirurgici: puntura lombare, sezione dei nervi cutanei, e si pensò infine di servirsi di alcuni nuovi criteri terapeutici che avevano dato buona prova in altre forme morbose e che per essere di facile attuazione potevano divenire di uso pratico.

Per suggerimento del prof. Rebaudi, cui porgo i miei più vivi ringraziamenti per l'interesse con cui seguì le mie ricerche, ho provato taluno di siffatti presidii antipruriginosi onde valutarne la reale efficacia e compararne gli effetti.

Uno tra questi nuovi metodi di cura è basato su l'introduzione nell'organismo di siero di sangue omologo da cui derivarono in seguito l'autosieroterapia e l'autoemoterapia.

Mayer e Linser che ebbero il merito di aver per primi introdotto nell'organismo umano siero omologo trattando un caso di herpes gestationis, e Spietchof che iniettò il loro stesso siero (autosieroterapia), affermarono di aver avuto buoni risultati in eczemi, urticaria, pruriti senili, dermite erpetiforme, ecc.

Ravaut modificò il metodo dei precedenti autori iniettando intramuscolarmente il sangue integro appena estratto dall'ammalato,

creando così il nuovo metodo dell'autoemoterapia. La tecnica da lui seguita consiste nell'aspirare con una siringa da una vena della piega del braccio circa 10 cm. cubici di sangue, iniettandolo subito nelle masse glutee, e ripete ogni due giorni questo trattamento sino a raggiungere colle iniezioni successive i 25 cm. cubici. L'autore applicò tale metodo in una discreta quantità di dermatosi pruriginose con risultati brillanti per cui consigliò l'autoemoterapia con queste forme ribelli alle cure. L'autoemoterapia ebbe subito applicazioni da numerosi studiosi, e ne confermarono il successo Nicolas, Gatté, Dupasquier, Mariani, Spillmann, Parisot, Vernier, Bussalai, Devoto, Tomescu e Dyboski, ecc. Questo metodo che sul suo confratello — l'autosieroterapia — ha il pregio della maggior semplicità e della più pronta rapidità di esecuzione, fu da me prescelto nella cura di 13 ammalati nei quali il sintomo prurito aveva la predominanza nel quadro morboso. Due di essi erano affetti da dermite erpetiforme del During; cinque da orticaria, sei presentavano eczemi cronici datanti da molto tempo e quasi tutti uniti a chiazze di lichenificazione.

In una dermite del During ebbi un risultato veramente ottimo perchè dopo sole cinque iniezioni si potè dimettere l'ammalata perfettamente guarita. Già un miglioramento si era pronunciato sino dalla seconda iniezione con diminuzione del prurito e colla progressiva scomparsa delle lesioni eritematosa e vescicolose.

Per contro nell'altra paziente furono praticate otto iniezioni ottenendo però soltanto una forte diminuzione del prurito dopo le prime iniezioni ed un notevole miglioramento della dermatosi. Però durante la cura e precisamente tra la quarta e la quinta iniezione si ebbe una nuova poussée eritemato-vescicolosa che non si modificò più in seguito.

Nei cinque casi di orticariá con eruzioni ripetute di ponfi, che già erano stati sottomessi a cure interne ed applicazioni locali, i risultati furono molto buoni, giacchè con una media di 5-9 iniezioni a dosi crescenti da 10 cm. cubici a 20 cm. cubici, ottenni in tutti la scomparsa rapida del prurito e la limitazione nella comparsa di nuove manifestazioni ponfacee. In tre casi il processo si esaurì colla cura.

Tra questi come più dimostrativo cito il caso di una donna di 35 anni che soffriva di orticaria da tre mesi: la scomparsa definitiva dell'eruzione si ebbe con sole 5 iniezioni; in due pazienti affetti da orticaria alimentare i ponfi ricomparvero sebbene meno numerosi colla nuova introduzione dell'alimento anafilizzante: uno di questi trasse giovamento dal metodo della disensibilizzazione.

Dei sei casi di eczema cronico lichenificato curati con l'autoemoterapia, due li ho perduti di vista rispettivamente dopo la seconda o terza iniezione per cui non mi fu possibile trarre alcuna conclusione, gli altri quattro subirono una diminuzione del prurito senza però un evidente miglioramento delle chiazze lichenificate.

Fa solo eccezione il caso di una donna di 36 anni che soffriva da un anno di prurito alla regione interna delle cosce e alla regione anale, che con sei iniezioni ebbe la sparizione completa del prurito ed un ragguardevole miglioramento della dermatosi sebbene mi fossi astenuto da ogni medicazione locale.

Aggiungerò che durante i diversi trattamenti autoemoterapici non ebbi mai a notare nessun disturbo locale, e ben raramente ebbi occasione di osservare reazioni febbrili di lieve entità che al massimo raggiunsero i 38°.

Quale conclusione, adunque, senza attardarci nel tentare di spiegare l'essenza dell'autoemoterapia, sia che essa agisca per l'introduzione nell'organismo di una proteina eterogenea portando improvvisa rottura dell'equilibrio colloidale (azione colloidoclasica), sia invece che l'autoemoterapia riconduca alla norma l'equilibrio rotto (azione anticolloidoclasica), devo convenire che tale sistema di cura ha il pregio di far perdere al malato quelle proprietà patologiche umorali che si traducono con svariate manifestazioni cliniche e di ricondurlo alle condizioni normali.

Non sempre però ci è dato di avere guarigioni definitive, potendo essere le modificazioni delle proprietà umorali acquisite solo passeggere, e la durata e l'intensità di tali modificazioni subordinate alle reazioni individuali dell'organismo interessato.

Ad ogni modo, pur riconoscendo che con l'autoemoterapia non si possiede un mezzo sicuro e costante per tutti i casi, devesi ammettere che è dotato di una indubbia attività terapeutica talora superiore ad altri mezzi medicamentosi adoperati. Inoltre, data la sua semplicità, la grande tollerabilità, perchè priva di reazioni locali e di notevoli disturbi generali, è un mezzo da consigliarsi e da praticarsi in tutte quelle forme pruriginose di cosidetta origine interna che tanto difficilmente cedono agli altri metodi di terapia.

Recentemente il prof. Luithlen partendo dal concetto di Kobert, ossia che il silicio è il componente principale di tutte le formazioni

ectodermiche e mesodermiche dell'organismo umano, e che nei vecchi vi è una forte demineralizzazione con una prevalente diminuzione dell'acido silicico, somministrò acido silicico per bocca, poi per via endovenosa applicando tale genere di cura nelle dermatosi pruriginose ed in specie al prurito senile.

Il Freud, alla diciannovesima riunione della Società Italiana di Dermatologia, riferì su quattro casi di prurito senile curati con iniezioni endovenosa di acido silicico dicendo di aver avuto risultati meravigliosi. Recentemente, quando già avevo fatto le mie osservazioni cliniche, ho visto la comunicazione fatta dal dottor Levi al ventesimo Congresso di Dermatologia dove l'autore dice di aver avuto dalla terapia silicica per via endovenosa ottimi risultati, se non definitivi, per lo meno temporanei.

Nell'applicare tale cura mi sono attenuto alla solita tecnica delle iniezioni endovenose facendo molta attenzione che nessuna goccia di liquido andasse sotto la pelle a cuasa delle sue proprietà irritanti. Cominciavo ad iniettare mezzo cm. cubo di silicato di soda all'1 % e poi facendo una iniezione, ogni tre giorni gradatamente, aumentavo la dose fino a raggiungere i 2 cm. cubi. Arrivavo ad un massimo di 10-12 iniezioni nè ebbi mai a notare nessun disturbo degno di nota.

Applicai tale metodo di cura in 11 pazienti, quasi tutti oltrepassanti la cinquantina, con pelle avente caratteri di senilità, dei quali cinque a cute totalmente integra, gli altri presentanti strie o papule da grattamento o chiazze di lichenificazione. Non somministrai nessuna cura per bocca e non feci nessuna applicazione locale.

Devo subito dire che anche qui non mi fu dato rilevare risultati costanti ed in genere non ebbi i meravigliosi successi riportati dai precedenti autori. Per l'esattezza dei fatti dirò anche che là dove l'esito fu buono si trattava di persone molto attempate, ciò che deporrebbe in favore del concetto di Kobert.

Infatti in una donna di 75 anni ricoverata in sala dermopatica con prurito da più di un anno alle mani e alle braccia si ottenne una guarigione con sole cinque iniezioni, ed in un uomo di 83 anni affetto da prurito da circa dieci anni, con sette iniezioni si arrivò a calmare del tutto il sintomo molesto, e rivisto il paziente dopo circa tre mesi non accusava più alcun disturbo.

Esito favorevole ebbi pure in una donna di 53 anni con prurito da più di tre mesi con lichenificazioni al collo. Un'accalmia notevole del prurito si ebbe già alla quinta iniezione ed una miglioria progressiva della chiazza lichenificata dopo l'ottava iniezione.

Negli altri casi pur arrivando ad un numero di 8-10 iniezioni si ebbero risultati instabili: per lo più l'attenuazione del sintomo prurito quando si ottenne fu fugace nè si notarono modificazioni sostanziali delle lesioni dermatologiche. In due casi dopo un breve miglioramento si videro recidive di intenso prurito.

Sia contemporaneamente alle iniezioni endovenose del sale silicico ed anche da solo ho provato a somministrare un composto organico di silicio messo recentemente in commercio da una casa straniera, ma non mi avvidi nè che elevasse il potere della cura endovenosa nè che agisse per virtù propria sui fenomeni pruriginosi.

A causa della limitata casuistica non mi è dato trarre delle conclusioni definitive. Certo teoricamente il concetto di fornire all'organismo demineralizzato quel dato elemento minerale di cui ha bisogno, darebbe la risoluzione del problema nel prurito senile; praticamente, a mio avviso, i risultati non sono costanti poichè forse non sempre il prurito è dovuto alla deficienza di silicio, entrando in giuoco altri fattori che ci sfuggono.

Tuttavia, data la sua tollerabilità, la facile somministrazione, lo stimolo leucocitario che provoca e che giova ad aumentare e rafforzare i poteri difensivi dell'organismo, tale metodo di cura è sempre da sperimentarsi nelle forme vere e proprie del prurito senile.

Accennerò infine all'applicazione, quale medicamento antipruriginoso da me fatte, di un nuovo prodotto che da pochi anni è stato introdotto nella terapia, la Triplaflavina che in poco tempo ha esteso considerevolmente le sue indicazioni. La Triplaflavina è un cloridrato acido di 3-6 diamino — 10 — metilacridina ed allo stato solido si presenta sotto l'aspetto di una polvere rosso bruna, inodora, facilmente solubile nell'acqua e nella glicerina. Le soluzioni diluite che sono sensibili alla luce, sono di color giallo rossastro, quelle più concentrate sono di color rosso cupo.

Ebbe subito molte applicazioni sia locali che per via endovenosa in varie branche della medicina, e fu applicata quasi sempre con buoni risultati.

In Venereologia diede buoni risultati nell'ulcera molle, nel bubbone, nella gonorrea maschile e femminile; in dermatologia si ebbero buoni risultati nelle piodermiti, tricofizie, impetigini, eczemi, ecc. Infine il dottor Strassen riferì gli esiti lusinghieri ottenuti con iniezioni endovenose di 15 cm. cubi di Tripla-

flavina al 1/2 % in molti casi di orticaria cronica.

Per analogia ho pensato di applicare questo rimedio in un certo numero di dermatosi pruriginose. Cominciai ad iniettare 5 cm. cubi di una soluzione al 1/2 % di Triplaflavina con un intervallo di 4 giorni, poi aumentai gradatamente sino a 10 cm. cubi riducendo i giorni di intervallo tra una iniezione e l'altra, sino a praticarle a giorni alterni. Il numero totale delle iniezioni variò da 6 a 12 secondo l'andamento della malattia. I pazienti così trattati furono 6: tre affetti da prurito essenziale, due da eczema cronico ed uno da prurigine; di Hebra. Debbo far notare che in due ammalati e precisamente in quello affetto da prurito ed in uno di eczema, era già stata tentata l'autoemoterapia con risultati pressochè nulli.

Un primo caso riguarda una donna di 52 anni, ricoverata in ospedale, affetta da molti anni da prurito cronico recidivante a successive poussées. L'ultima data da sei mesi. È stata praticata l'autoemoterapia con esito poco probativo. Al mattino dopo la prima iniezione spontaneamente afferma che da parecchi anni non ha più riposato così bene. Alla terza notte ebbe ancora qualche crisi pruriginosa che però cedette il giorno successivo alla seconda iniezione. Gradatamente col ripetersi delle iniezioni, la paziente migliorò rapidamente e dopo la dodicesima iniezione guarita completamente viene dimessa dall'ospedale.

In un uomo di 65 anni affetto da prurito essenziale da due anni, ricoverato in ospedale, si ebbe una forte diminuzione del prurito già dopo le prime iniezioni: miglioramento che andò gradatamente aumentando per modo da poter dopo una serie di dieci iniezioni venir dimesso guarito dall'ospedale.

Un terzo caso concerne una donna di 56 anni, ricoverata in ospedale per eczema cronico alle gambe e alle cosce datante da più mesi. Anche quì si ebbe un miglioramento progressivo tanto che dopo la settima iniezione non accusando più prurito ed essendo notevolmente migliorato l'eczema, chiese di uscire dall'ospedale.

Una donna di 60 anni, affetta da eczema cronico delle gambe e delle braccia, ebbe dal trattamento colla Triplaflavina un forte miglioramento nei sintomi subbiettivi con marcata attenuazione del prurito e con riparazione parziale delle lesioni locali. In questo caso nonostante continuassi per parecchio tempo le iniezioni, non riuscii però ad ottenere la guarigione completa, nè mi fu dato di seguire l'ulteriore andamento della dermatosi dovendo la malata abbandonare l'ospedale.

In un caso di prurito di Hebra trattato con sei iniezioni di Triplaflavina, diminuirono le poussées eruttive e si ebbe una accalmia del prurito, disturbata però da una crisi pruriginosa durata circa due giorni nell'intermezzo tra la terza e la quarta iniezione. Ho perduto poi di vista il malato e quindi non mi è dato di seguire i definitivi risultati.

L'unico inconveniente che ho riscontrato durante siffatte cure, fu in un vecchio di 72 anni affetto da prurito cronico, in cui dopo aver praticate due iniezioni senza alcun disturbo, e con miglioramento della sensazione pruriginosa, nel giorno successivo alla terza iniezione si produssero disturbi apnoici e malessere generale per i quali, sebbene non si possa dire con precisione che debbano venir messi in correlazione colla cura subita, credetti prudente smettere tale trattamento.

Del resto non ho notato in alcun paziente dolori locali nè ebbi ad osservare nessuna reazione generale, ciò che mi induce a ritenere tale cura come totalmente inoffensiva.

La modalità d'azione della Triplaflavina non ci è per ora ben nota, giacchè non è sufficiente a spiegarne l'effetto antipruriginoso quanto scrive lo Stephan e cioè che « l'apparato normale di tessuto connettivo con le iniezioni endovenose di Triplaflavina in soluzione molto diluita non subisce alcuna influenza, ma ciò che è stato danneggiato ed indebolito nelle sue funzioni dalle tossine viene riattivato dalla Triplaflavina e ne riceve un energico impulso funzionale che può condurre a superare immediatamente le cause che tendono ad arrestarne le funzioni ».

Ci contenteremo perciò di prender nota dei risultati ottenuti colle iniezioni endovenose di Triplaflavina senza volerne indagare l'intimo meccanismo, e segneremo all'attivo di questo nuovo preparato oltre alle sue qualità antisettiche anche una spiccata azione antipruriginosa.

Riepilogando ora le impressioni riportate nelle mie diverse prove di cura del prurito, mi pare che si possa verosimilmente ritenere che anche questi nuovi mezzi non sono nè definitivi nè costanti, però nei casi favorevoli ad ognuno di essi è riservata una particolare elettività su determinate qualità di prurito. Così mentre l'autoemoterapia sembra agire in special modo su forme legate ad alterazioni umorali, la cura col silicio risponde in quei casi nei quali la pelle si trova nel suo caratteristico stato di senilità, e la terapia colla

Triplaflavina si dimostra attiva principalmente in quelle forme di prurito autotossico legato a speciali condizioni di rallentato ricambio.

BIBLIOGRAFIA

BUSSALAI e DEVOTO. Giorn. It. Mal. Veneree, 1923.
NICOLAE GATÈ DUPASQUIER. Alnales de Derm. et Siph., 1921.
ID. Réunion bioligique de Lyon, 1923.
RAVAUT. Annales de Derm. et Siph., 1913.
SICARD. Presse Méd., 1918.
SPIETHOF. Munch Med. Woch., 1913.
STUMPKE. Deut. Med. Voch., 1913.
WERNIER. Réunion derm. de Nancy, 1923.
WIDAL ABRAMI BRISSAUD. Presse Méd., 1921.
FREUND. Congresso di Dermatologia, 1922.
KOBERT. Tubercolosis, vol. 16, n. 10.
LEVI. Congresso di Dermatologia, 1924.
LUITHLEN. Wien Klin. Woch., 1922.
BROWNING. Brit Med. Journal, 1917.
STRASSEN. Med. Klin., 1922.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE S. CROCE DI CUNEO.

Adenoidi e nevrite ottica retro-bulbare

per il dott. LEALE, dirigente la Sezione delle malattie dell'orecchio, del naso e della gola.

Non pretendo di recare un contributo originale pubblicando l'osservazione d'un ammalato colpito da nevrite ottica retrobulbare, e considerevolmente migliorato dopo l'estirpazione di vegetazioni adenoidee.

La letteratura rinologica è ricca di memorie, di comunicazioni e di lavori su tale argomento; ma ho creduto di portare la relazione d'una osservazione per due ragioni: per la rarità della lesione oftalmoscopica constatata e per le riflessioni sorte per il risultato ottenuto da una terapia semplice.

Prima di passare al caso clinico facciamo alcune premesse. I rapporti patologici tra le affezioni nasali ed oculari devonsi estendere anche alle lesioni del cavo naso-faringeo, da cui hanno origine o dove vanno a terminare molte rinopatie.

Nei bambini scrofolosi affetti da congiuntiviti e cheratiti flittenulari, si può riscontrare la causa, nel 40 %, nelle affezioni nasali, ma nel maggior numero dei casi la causa è determinata dall'ipertrofia dell'anello di Waldeyer, e più facilmente dall'iperplasia delle tonsille faringee e palatine, accompagnate da faringite granulosa e da rinite: di rado manca l'iperplasia dell'ugola e del velopendulo. La alterazione primitiva può essere costituita da una rinite cronica, dalla quale deriva l'ipertrofia del tessuto linfoide del cavo naso-faringeo.

Le frequenti recidive che si osservano nella così detta scrofolosi dell'orechio, in certi casi, sino alla pubertà, si deve attribuire agli stati morbosi del tratto respiratorio superiore. Infatti i bambini sogliono rimanere sino a quell'età con l'iperplasia della tonsilla faringea, e con una debolezza organica speciale. In seguito sviluppandosi lo scheletro del naso e l'organismo, cessando i sintomi di ostruzione nasale, si modifica la circolazione e qualche disturbo oculare si va dissipando; però in tanti casi rimangono speciali anomalie che predispongono a malattie dei reni ed a complicazioni oculo-orbitali.

Le vegetazioni adenoidee naso-faringee possono essere la causa di parecchie complicazioni morbose oculari, infatti è un'associazione patologica frequente quella dei follicoli congiuntivali e faringei, più o meno sviluppati, accompagnati da ingorgo ganglionare cervicale. Questi follicoli che non producono nè irritazione, nè lagrimazione, sono ribelli a qualunque trattamento, salvo all'esportazione delle vegetazioni adenoidee.

La propagazione della costituzione linfatica, crea quella predisposizione denominata diatesi linfatica, che rende i fanciulli suscettibili all'azione delle cause locali. Tra queste si deve tener molto conto dell'adenoidite acuta recidivante la quale facilmente determina le vegetazioni adenoidi, che non vanno confuse con l'infiammazione cronica dell'amigdala naso-faringea od adenoidite cronica, la quale per lo più è associata a rinite cronica, a suppurazioni delle adenoidi. Questa adenoidite cronica coll'andar del tempo può essere causa di anormale sviluppo del torace e delle cavità naso-boccali.

Le malattie del naso e del cavo naso-faringeo possono essere origine di infiammazioni oculo-orbitali generalmente dovute a processi infettivi.

I processi infettivi ed infiammatorii che si propagano all'occhio od all'orbita dal naso o dal cavo naso-faringeo, oltre che per infezione delle vene oftalmiche, o per circolazione sanguigna o linfatica, o per infiltrazione nel tessuto cellulo-adiposo dell'orbita, sogliono diffondersi per contiguità dei tessuti.

Infatti dall'anatomia conosciamo i rapporti che il tessuto cellulo-adiposo dell'orbita contrae con quello della fossa sfeno-palatina; attraverso la fenditura orbitale inferiore, si raccoglie nella fossa salpingo-palatina un

notevole strato di tessuto cellulo adiposo, il quale circonda vasi e nervi, e si connette coll'abbondante tessuto cellulare che si trova esternamente alla parete faringea, e con quello scarso che esiste nella regione posteriore della cavità nasale, e per il forame sfeno-palatino si prolunga verso la cavità nasale e naso-faringea. Così si spiega come un'infiltrazione del tessuto cellulo adiposo dell'obita possa interessare il nervo ottico, i nervi ed i vasi sanguigni adiacenti.

Nel caso clinico osservato si tratta di un fanciullo di 12 a. G. A., da Cervere, che si è presentato nel consultorio oftalmologico del dott. Chiappero, nei primi giorni del mese di marzo u. s., per diminuzione bilaterale del campo visivo; diminuzione più accentuata a destra, accompagnata da dolori localizzati nell'orbita, aggravantisi nei movimenti del bulbo ed alla pressione, e da cefalea a destra del capo.

L'a. attribuisce la comparsa di tali disturbi al mese di febbraio u. s. epoca in cui ebbe a soffrire una corizza acuta.

L'esame dell'occhio permette di diagnosticare una nevrite retro-bulbare bilaterale più accentuata a destra, caratterizzata dal punto di vista obiettivo, da una diminuzione dell'acuità visiva, da uno scotoma centrale, e da iperemia della papilla.

Esame delle urine negativo.

Negativa la reazione di Wassermann.

Esame rinologico: La pituitaria ha il suo colorito normale, niente pus. Fosse nasali e cornetti normali.

La rinoscopia posteriore ci indica la presenza di vegetazioni adenoidi discretamente voluminose che impediscono al paziente di respirare dal naso, per cui la respirazione si compie in gran parte per bocca.

Alla diafanoscopia i seni frontali e mascellari sono normali.

La bilateralità dell'affezione, l'assenza dei segni positivi di sifilide, la reazione di Hecht negativa, fanno escludere la natura specifica. Si è attirati dall'idea della natura infiammatoria, prodotta dall'infiammazione della tonsilla di Luschka avvenuta in seguito alla corizza che l'a. sofferse. Infatti prima di tale raffreddore l'a. non accusava alcun disturbo e la respirazione per via nasale si compiva regolarmente. Conoscendo i rapporti anatomici tra il tessuto cellulo-grassoso dell'orbita ed il tessuto cellulo-adiposo delle cavità naso-faringeo, siamo stati attirati dall'idea che l'infiammazione sia partita dal tessuto adenoideo infiammato, per cui si è deciso l'asportazione delle vegetazioni adenoidi.

L'evoluzione dell'affezione e gli ottimi risultati ottenuti con tale trattamento, ci mostrano quale importanza abbia avuto il processo infiammatorio delle adenoidi in questo caso.

A ben ragione Lermoyez propugnava che l'adenoidismo (1) dovrebbe diventare una cognizione di dominio pubblico, lasciando agli specialisti di provvedere per i trattamenti necessari richiesti dal caso.

È da augurarsi che ogni medico pratico venga a conoscere molto bene questo argomento e ad abituarsi a conoscere sul viso, a colpo d'occhio, il tipo adenoideo, così da far prestare le cure adatte, in tempo, le quali contribuiranno a migliorare la costituzione fisica dei bambini ed a prevenire molti stati morbosi negli organi vicini al cavo naso-faringeo.

Parecchie volte accade che i parenti ostacolano l'intervento operativo, e quello che più fa stupire è che qualche volta tale idea è sorretta dal medico.

Spesso capita di sentirsi dire di attendere che il bambino diventi più grandicello; altre volte le mamme sono indecise perchè il bambino è anemico, gracile, e lo vogliono accompagnare al mare od alla montagna per fortificarlo, non persuadendosi che la causa di tutti questi disturbi è determinata dalle adenoidi, e che più si aspetta, più si accentua il deperimento dell'organismo.

Vi sono dei medici che suggeriscono a parenti di non far operare il bambino e di attendere fino a quindici o sedici anni, epoca in cui la tonsilla di Luschka regredisce fino a scomparire. Tali medici danno un consiglio buono?

A me sembra che la regressione della tonsilla avviene regolarmente quando la tonsilla è normale: ma quando lo stato è alterato, è patologica, e per questo produce altre complicazioni: questo consiglio non è logico.

Fatta la diagnosi di vegetazioni adenoidi, e pensando a tutto il danno che esse arrecano all'organismo, si dovrebbe intervenire precocemente.

Le controindicazioni dell'intervento dovranno essere date dallo specialista.

Giova che tutti i medici venendo bene a conoscenza dell'argomento, si facciano i divulgatori delle nocive conseguenze portate dalle vegetazioni adenoidi e dei benefizii che arreca l'atto operativo, affinchè i genitori dei bambini portatori delle vegetazioni adenoidi acquistino più fiducia nell'intervento operativo, che nel caso necessario sarà consigliato dallo specialista.

---

(1) I colleghi che volessero interessarsi di questo argomento potrebbero leggere il volume del prof. G. GORBINI: Compendio di rino-faringoiatria, edito a Torino dall'Unione Tipografica-Editrice Torinese.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Elementi pronostici nel pneumotorace artificiale.

(R. C. WINGFIELD e G. S. WILSON. *Lancet*, 26 luglio 1924).

Gli AA. hanno preso in esame molti casi di malati trattati durante due anni in un sanatorio inglese. La maggior parte dei malati era stata inviata per la cura con il pneumotorace, per altri invece, esso costituiva *l'ultima ratio*, sicchè si può dire che in complesso una vera selezione dei malati non era stata fatta. Gli AA. non intendono col loro studio di risolvere le questioni d'indole generale che possono sollevarsi a proposito del pneumotorace, ma solo di portare un contributo sopra alcuni particolari, per cui il medico possa avere un indirizzo nella cura.

Per quanto riguarda le *ricadute*, si osserva che la probabilità di queste varia inversamente alla risposta al trattamento. La lunghezza di ogni ricaduta è di notevole significato pronostico. Quanto più lunga, tanto peggiore la prognosi. Si deve però fare un'eccezione per quei casi in cui la ricaduta è causata da disturbi temporanei coincidenti con la comparsa di liquido pleurico, nel qual caso, anche se la ricaduta è piuttosto lunga, non porta necessariamente una cattiva prognosi.

Ha pure notevole importanza lo stadio dell'esercizio fisico in cui si verifica la ricaduta. Se un paziente è in grado di compiere un certo esercizo fisico di passeggiata senza ricaduta, esso può venire dimesso dal sanatorio come molto migliorato e, se anche presentasse qualche disturbo, si tratterebbe di fatti insignificanti; per tali individui il riposo si dovrebbe consigliare solo come misura precauzionale. Evidentemente, salvo altri fatti che possono sorgere, la prognosi migliore spetta per quei casi che procedono a traverso tutti gli stadii dell'esercizio fisico senza ricadute. Se il paziente invece ricade presto, si può fare una prognosi cattiva.

Non molta è l'importanza della *temperatura*. In generale si può dire che una temperatura regolare è di buon signicato e viceversa per quella irregolare. La periodicità mestruale della temperatura è tanto frequente che non si può attribuire ad essa alcuna importanza, invece dell'uomo, una febbre periodica è un segno sfavorevole. Nessun significato hanno le variazioni giornaliere.

Il decorso della malattia è, di solito, più favorevole negli individui che hanno avuto un *collasso polmonare completo* in confronto di quelli in cui è stato incompleto, ma è difficile trarre da ciò delle conclusioni generali. La bilateralità dell'affezione non esclude la possibilità che il pneumotorace abbia buoni effetti e che gli individui reagiscano bene agli esercizii graduati.

La *formazione di liquido nella cavità pleurica* è generalmente considerata come un fenomeno di prognosi sfavorevole. Le osservazioni degli AA. contraddirebbero a questa opinione, la quale è fondata sopra l'erronea mescolanza di tutt i tipi di versamento pleurico. È quindi necessario distinguere:

1) Un versamento limpido con scarso contenuto cellulare ed alta percentuale di linfociti. Questi versamenti, sebbene persistenti, non hanno tendenza ad aumentare di quantità; essi hanno, a quanto sembra, più natura di trasudati che di essudati infiammatorii; la loro comparsa non si accompagna a disturbi generali.

2) Un versamento limpido, che contiene abbastanza fibrina da poter coagulare, con alto contenuto cellulare, con molti linfociti e, solitamente, con presenza di bacilli di Koch. Questi versamenti tendono ad aumentare di quantità ed a ritornare dopo lo svuotamento. Essi vanno considerati come veri essudati infiammatorii o della pleura invasa e si manifestano dopo che pleura, che dapprima era libera, è stata invasa dal processo. La loro comparsa, si accompagna a disturbi generali, talora gravi.

3) Versamento torbido o francamente purulento, con alto contenuto cellulare, con linfociti e polinucleari in proporzione diversa e generalmente preponderanza di questi ultimi. Possono esser presenti i bacilli tubercolari, ma il versamento può anche essere sterile. Tende ad aumentare ed a rinnovarsi dopo lo svuotamento. Si comprende che il tipo primo può essere un fenomeno innocuo, mentre l'inverso accade per il terzo, quindi il signicato del versamento va giudicato secondo la natura di esso.

La *persistenza dei bacilli nello sputo*, dopo il pneumotorace, è di cattivo augurio. Le statistiche degli AA. mostrano che, se lo sputo rimane positivo, la probabilità di essere dimesso come molto migliorato è di 1 a 19.

Uno dei criterii prognostici più importanti

è fornito dai *cambiamenti di peso*. Non è certo raro che i pazienti, anche nelle condizioni peggiori, guadagnino un poco di peso dopo l'ammissione al sanatorio, ma è ancor più raro che i pazienti che vanno bene, ne perdano, dopo gli esercizii fisici. Le statistiche degli AA. dimostrano che il paziente che, con l'esercizio fisico, perde di peso, ha una probabilità contro 38 di venir dimesso come molto migliorato. Una perdita precoce di peso va considerata come un segnale di arresto, che deve indurre a modificare eventualmente il trattamento. Per l'aumento di peso, il trattamento sanatoriale è di indubbia influenza.

FILIPPINI.

Risultati, pericoli, indicazioni del pneumotorace artificiale.

(L. S. T. BURRELL. *Lancet*, 26 luglio 1924).

L'A. esamina i risultati ottenuti nel trattamento col pneumotorace di 250 casi di tubercolosi polmonare. I casi vengono divisi nei seguenti gurppi: A) Poco o punto potere di resistenza; infezione che si diffonde rapidamente; B) Buoni poteri di resistenza; malattia nel primo stadio; C) Pazienti con medio potere di resistenza che non avevano migliorato con trattamenti anteriori; questo gruppo si suddivide nei seguenti: 1) affezione limitata ad un solo polmone; 2) qualche estensione all'altro polmone; 3) lesioni estese per un terzo dell'altro polmone; D) Pneumotorace spontaneo; E) Casi non tubercolosi. Il reperto del bacillo era positivo in tutti salvo nel gruppo E.

Pneumotorace con collasso polmonare completo.

	Gr. A	B e C; 1	C; 2	C; 3	D	E	Totale
Casi arrestati	—	50	17	—	2	13	82
Migliorati	1	8	13	1	—	2	25
Stazionari	—	33	6	—	1	4	14
Peggiorati	—	6	7	1	2	—	16
Morti	3	4	18	19	3	6	53
	4	100	61	21	8	25	190

Pneumotorace con collasso incompleto.

	A	B e C; 1	C; 2	C; 3	E	Totale
Casi arrestati	—	2	—	—	1	3
Migliorati	—	1	2	—	—	3
Stazionari	1	—	—	—	—	1
Peggiorati	—	2	1	—	—	3
Morti	3	1	5	11	1	21
	4	6	9	11	2	31

Pneumotorace non eseguito per aderenze pleuriche.

	A	B e C; 1	C; 2	C; 3	E	Totale
Casi arrestati	—	—	—	—	—	—
Migliorati	—	2	—	—	—	2
Stazionari	—	3	2	—	—	5
Peggiorati	—	1	2	—	—	3
Morti	2	5	6	4	2	19
	2	11	10	4	2	29

Complicazioni e pericoli. — *Versamento pleurico.* Si sviluppa assai frequentemente; nei 250 casi dell'A. si è avuto 66 volte. La conseguenza sullo sviluppo ulteriore della malattia è nulla per il gruppo C 1; in quello C 2 i pazienti con versamento sono andati meno bene che gli altri. In 14 casi si è avuta la formazione di pus. Nei casi non tubercolari trattati col pneumotore, non si è mai avuto versamento. In questo, nei casi tubercolari, si è sempre trovata un'elevata linfocitosi; i bacilli erano assenti nelle forme iniziali, ma costanti in quelle avanzate. Il versamento deve considerarsi come un essudato tubercolare.

Shock pleurico ed embolismo gassoso. Possono prodursi nel primo pneumotorace o nei riempimenti successivi, ma fortunatamente si tratta di evenienze rare. Sopra un totale di

467 punture, l'A. ha avuto un caso di *shock* pleurico mortale; in un caso il paziente perdette la conoscenza e rimase senza polso per qualche minuto; in tre casi i pazienti accusarono una sensazione di svenimento. Sopra 5157 punture per riempimento del pneumotorace, si ebbero nove casi di svenimento, di cui uno rimase senza polso per qualche minuto. In un caso i sintomi furono più allarmanti; la paziente ebbe al terzo riempimento sensazione di vertigine, al quarto accusò un improvviso dolore al cuore, difficoltà di respiro e rimase senza conoscenza per due minuti; al quinto divenne cianotica, ebbe sensazione di morte, ma non perdette la coscienza, si riebbe in un'ora. In un caso, al terzo anno di trattamento, il paziente ebbe vertigini e la sensazione di punture di spilli ad un lato, nonchè la perdita della vista per una diecina di minuti; probabilmente si trattava di embolismo gassoso.

Rottura della pleura viscerale. Si verificò in sei casi dal lato affetto ed ebbe come conseguenza il piopneumotorace; i due casi non tubercolari guarirono, gli altri morirono.

Enfisema chirurgico. Può aversi abbastanza frequentemente in piccole proporzioni. In un caso dell'A. raggiunse vaste proporzioni dal capo al legamento del Poupart e scomparve in una settimana.

VALORE E LIMITAZIONI DEL TRATTAMENTO. — Dai casi dell'A. si deve ritenere che il pneumotorace va considerato come un metodo sicuro ed efficace per procurare il riposo al polmone malato. Si comprende che, non potendo far rimanere in riposo entrambi i polmoni, i risultati siano più favorevoli per le lesioni unilaterali. Le lesioni attive ed estese di un polmone cedono più prontamente di altre meno estese, ma meno attive. Comunque l'esistenza di lesioni bilaterali non costituisce una controindicazione; si vede, di fatto, che, quando il polmone più malato viene collassato, l'altro migliora, come accade per altre lesioni tubercolari, allorchè viene levato il focolaio principale. Dopo un certo tempo però la lesione si diffonde anche nel polmone non collassato e, sebbene talvolta si abbia la trasformazione nel tipo fibroso, la prognosi finale non è buona. Se poi l'attività persiste nel polmone non collassato dopo la riespansione dell'altro, si può praticare il pneumotorace anche sul primo, ciò che dà per il momento dei buoni risultati. La prognosi ultima rimane anche in tal caso sfavorevole, ma ad ogni modo si può sempre con il pneumotorace prolungare la vita anche nei casi avanzati.

Si è detto che i casi che guariscono o migliorano col pneumotorace avrebbero avuto la stessa sorte con altri trattamenti, ma ciò non è esatto, poichè la maggior parte aveva tentato inutilmente, o, con peggioramenti, le altre cure.

INDICAZIONI DEL PNEUMOTORACE ARTIFICIALE. — Sarebbe un errore l'attendere a fare il pneumotorace soltanto dopo che le altre cure hanno fallito ed il paziente si trova già in uno stato avanzato di malattia; d'altra parte, se il paziente viene curato subito e razionalmente, il pneumotorace può essere necessario.

Non si insisterà mai abbastanza sull'importanza del riposo durante la fase attiva della tubercolosi. Vi sono invece pazienti, con forme iniziali, che passeggiano ed anche si danno a giuochi sportivi, invece di rimanere in letto, col pregiudizio che questo indebolisca. L'aria pura e la buona nutrizione sono importanti, ma meno del riposo. Inoltre la gravità della malattia negli stadii iniziali non è ben compresa, mentre è proprio allora che possono agire le cure, le quali vanno continuate fino a che la malattia non sia arrestata; il paziente si deve sentire non solo migliorato, ma bene. In generale, nei primi stadii, un periodo di riposo seguito da un trattamento sanatoriale, è sufficiente per arrestare la malattia. Vi sono però dei casi in cui non si hanno miglioramenti o addirittura si hanno dei peggioramenti; sono questi i pazienti in cui è indicato mettere in riposo il polmone per mezzo del pneumotorace artificiale. In favore di questo trattamento si deve tener presente che: 1) esso è un metodo senza pericoli; 2) i casi unilaterali vanno bene, anche se andavano male con altri trattamenti; 3) quanto più presto si pratica il pneumotorace, tanto meno facile è il trovare delle aderenze che impediscono un collasso soddisfacente.

Il compito del medico deve essere quello di impedire che la malattia progredisca fino allo stato incurabile; ora il paziente è spesso in cattive condizioni per il trattamento, ma non mai in tali che lo controindichino. Nei casi bilaterali, se nel polmone che si trova in migliori condizioni le lesioni non sono molto attive, si possono avere delle speranze; ma occorre sorvegliare bene questo polmone e, se le lesioni si diffondono, arrestare il trattamento.

Nei casi non tubercolari, il pneumotorace dà buoni risultati quando si tratti di ascessi polmonari, di emottisi ripetute, di versamenti pleurici a ripetizione. Nella bronchiectasia,

vi possono essere dei miglioramenti, ma i risultati non sono buoni come negli altri casi, in conseguenza di aderenze pleuriche e di bilateralità dell'affezione.

Concludendo, il pneumotorace non va considerato come una cura della tubercolosi polmonare, ma come un metodo sicuro per mettere in riposo il polmone malato e va usato in unione agli altri metodi di trattamento. Il successo dipende dal poter tenere il polmone realmente in riposo e quindi il trattamento va individualizzato, dosando la quantità di gas e l'intervallo fra i riempimenti, secondo le peculiarità del paziente.

FILIPPINI.

CHIRURGIA.

Ulteriori esperienze col bloccaggio dello splancnico.

(BACHLECHNER. *Zeitsch. f. Chir.*, 1924, 214).

La pubblicazione si basa su oltre 600 casi, che riguardano soltanto interventi nella parte alta dell'addome, e perciò interventi sullo stomaco e sulla cistifellea.

Tutte le operazioni nel basso ventre, come la chirurgia del grosso intestino, le operazioni ginecologiche addominali, le malattie acute, quali: appendicite, ileo, perforazioni di ulcere gastriche, vengono eseguite in narcosi con anestesia locale sulla linea di incisione (anestesia combinata), perchè l'eseguirle totalmente in anestesia locale sembra troppo indaginoso, per non dire artificioso.

Per la tecnica: prima di tutto è indispensabile un'anestesia completa delle pareti addominali. Se nell'incidere le pareti si vede che il peritoneo parietale non è insensibile, bisogna infiltrare nuovamente la superficie di sezione del peritoneo, come fa Finsterer in ogni caso.

Ora segue l'anestesia degli splancnici alla Braun.

In rari casi, aperto il peritoneo, si manifesta che il paziente non è adatto all'anestesia locale. In soggetti molto eccitati come nei grassi oltre misura, qualche volta bisogna rinunciare alle iniezioni. In alcuni casi i malati si poterono calmare talmente con alcune goccie di cloruro d'etile o con una breve narcosi superficiale, da poter poi eseguire l'iniezione e continuare l'operazione in anestesia locale. Qualche volta, specie in laparotomie ripetute, si trovarono tali aderenze da risultare impossibile l'iniezione. Si eseguì allora la narcosi, e dopo la distruzione delle aderenze si potè ancora praticare l'anestesia splancnica e terminare l'operazione in anestesia locale.

L'esecuzione dell'anestesia splancnica è molto più semplice di quanto non lo sia la sua descrizione. Cautamente e senza forti trazioni si solleva con una spatola il fegato, l'indice della mano sinistra riconosce la superficie anteriore della colonna vertebrale, per quanto più è possibile in alto, alla 12ª toracica e 1ª lombare. Bisogna, eventualmente, spostare la aorta a sinistra. L'ago, tenuto con la destra, procede sull'indice quasi direttamente fino all'osso e poi viene ritirato di alcuni millimetri. Prima di iniettare bisogna provare se esce sangue dall'ago. Ma, per far ciò non basta aspirare, perchè con questa manovra penetrano facilmente nell'ago dei brandelli di tessuto che lo occludono. Invece: si osservi se il sangue esce da sè o si iniettino alcune goccie di liquido e si veda dopo se fuoriesce liquido ematico. Si può anche far tossire il malato. Se l'ago sta in buona posizione, si iniettino 100 cc. di soluzione di novocaina e adrenalina al ½ per cento. L'iniezione richiede 2 minuti appena. Indi comincia l'operazione.

Da principio bisogna operare ancora con un certo riguardo, perchè prima che subentri la anestesia completa passano sempre alcuni istanti. Ad anestesia riescita si opera per lo meno altrettanto tranquillamente e indisturbati che durante narcosi profonda. Anche per operare in anestesia locale vige come per la narcosi il precetto di Braun: non la narcosi, ma l'impazienza dell'operatore è un pericolo per il malato. Che anche in anestesia locale si possa operare rapidamente, lo dimostrano i numerosi casi di resezione gastrica per ulcera della piccola curvatura, che in genere durano poco più di un'ora. In alcuni casi, se l'anestesia degli splancnici non fu completa, o se, per esempio nella resezione, si deve spingersi molto in alto verso il cardias, i pazienti si lamentano di dolori o si determinano anche stimoli al vomito. In tali casi basta iniettare un po' di soluzione al ½ % nel piccolo omento e dolori e vomito cessano regolarmente quasi all'istante. Nelle operazioni sulla cistifellea si infiltra il legamento epato-duodenale. Ma impiegare fin da principio questa infiltrazione di mesenteri in luogo dell'anestesia splancnica alla Braun, è — per l'A. — un passo indietro.

La soluzione viene preparata al momento, con le tavolette di novocaina e adrenalina in soluzione fisiologica di cloruro di sodio e solfato di potassio, e per l'iniezione si usa l'ago n. 7 (lungo 125 mm.). Come preparativo alla anestesia, si somministrano la sera avanti, verso le 11, ½ gr.-1 gr. di veronal, e mezz'ora

prima dell'operazione 1 centigr. e mezzo di morfina.

Nell'anno 1923 fino al 1° novembre, di 100 resezioni per ulcera gastrica o duodenale, 91 furono eseguite in anestesia splancnica, 9 in narcosi, oltre a ciò furono eseguite in anestesia splancnica 8 G. E. Per carcinomi furono eseguite in anestesia splancnica 13 resezioni e 6 G. E., 2 in narcosi. Di 40 interventi sulla cistifellea e sulle vie biliari 28 furono eseguiti in anestesia splancnica. Finsterer ha eseguito oltre 350 anestesie degli splancnici alla Braun, per cui si hanno così esperienze su circa 1000 anestesie. Nessun caso di morte. Non furono riscontrati fenomeni dispiacevoli di sorta. I fenomeni descritti da Finsterer e riportati ad azione tossica della novocaina (pallore, senso di costrizione) furono ben osservati nelle iniezioni alla Kappis, ma non nell'anestesia alla Braun.

Sulla base delle esperienze personali l'A. crede quindi di poter raccomandare l'anestesia degli splancnici alla Braun per operazioni nella parte alta dell'addome.

Poter risparmiare al malato narcosi di 1-3 ore costituisce un progresso. Un malato operato in anestesia locale ritorna dal tavolo operatorio in condizioni ben diverse di chi sia operato in narcosi. E appunto per le operazioni addominali la maggior parte dei chirurgi richiede narcosi profonda.

L'A. non può condividere l'ottimismo di Finsterer relativamente al vomito post-operatorio, all'atonia intestinale, alla dilatazione gastrica post-operatoria e alla peritonite.

Dilatazioni dello stomaco dopo operazioni sulla cistifellea e vomito post-operatorio specialmente dopo la B. I. furono osservati, sia dopo narcosi che anestesie locali. La questione delle complicazioni polmonari fu trattata estesamente da Braun nella sua relazione al Congresso di Chirurgia del 1921 (A. f. rel. Ch., CXVI).

In diversi lavori fu detto recentemente che l'anestesia degli splancnici alla Braun porti di conseguenza un notevole abbassamento della pressione sanguigna, la quale in interventi gravi può, in certe circostanze, diventare minacciosa per i malati. Metge ritiene che una buona anestesia sia quasi inscindibile da un profondo abbassamento della pressione sanguigna. L'abbassamento della pressione sanguigna sta in rapporto con l'apertura del peritoneo. In operazioni sotto narcosi furono viste discese della pressione sanguigna di 10-40 mm. di mercurio. E la profondità dell'abbassamento procede parallelamente alla profondità della narcosi. Egualmente si hanno abbassamenti di 10-30 mm. anche per operazioni eseguite con anestesia degli splancnici. Nell'ulteriore decorso dell'operazione, differenze essenziali fra narcosi e anestesia locale non sono apprezzabili. Nessun collasso, nemmeno nelle operazioni più gravi. Nessuna particolare congestione addominale. Soltanto in casi di anestesie insufficienti o difficili fu constatato che ogni trazione brusca è seguita da un abbassamento di pressione sanguigna spesso considerevole.

In ogni caso l'interruzione anestetica (il bloccaggio) dello splancnico non è paragonabile per nulla con l'interruzione sperimentale del nervo, che è seguita da abbassamento della pressione sanguigna quasi fino a zero.

B.

La simpatectomia periarteriosa per lo sviluppo del circolo collaterale dopo la legatura dei grossi vasi.

(I. SCALONE. *Annali Italiani di Chirurgia*, fascicolo 3, 1924).

L'A. fa un breve riassunto della storia della Chirurgia del simpatico e delle sue aplicazioni pratiche e riporta due osservazioni personali, in cui ha praticato la simpatectomia dopo allacciatura di arterie per aneurisma allo scopo di favorire lo sviluppo del circolo collaterale.

In tutte e due i casi si trattava di aneurisma dell'a. poplitea.

Nel 1° caso scoprì la femorale al canale di Hunter, la isolò per circa 6 cm. e la legò con seta all'estremo superiore del tratto isolato, di cui asportò la guaina periavventiziale. Osservò contrazione del vaso anche in corrispondenza della legatura ed a monte di essa. Sutura.

L'arto fu riscaldato a permanenza. Dopo 2 ore con una puntura di spillo saggiò lo stato della circolazione periferica; la puntura rimase bianca. Dopo 8 ore invece si ebbe sangue. Il riscaldamento fu sospeso. Guarigione completa.

Nel 2° caso scoprì la femorale alla parte media della coscia per 8 cm. Eseguì la simpatectomia e legò il vaso alla parte media del tratto isolato. Osservò la reazione vasale al disopra e al disotto della legatura.

Gli stessi fenomeni e gli stessi risultati del caso precedente.

In seguito a ciò l'A. ha intrapreso delle ricerche sperimentali, che pubblicherà in seguito. Ritiene però che la simpatectomia in caso di legatura di grossi vasi sia utile per

il meccanismo che essa determina nella circolazione.

L'azione della simpatectomia ha due fasi:

1° di eccitamento e quindi di contrazione della parete vasale.

2° di paralisi e quindi di rilasciamento della parete vasale.

La prima fase ha breve durata e provoca ischemia; la seconda è lunga e determina iperemia.

Per la prima fase la simpatectomia sembrerebbe controindicata, perchè dovrebbe ostacolare il circolo collaterale; ma ciò non avviene. Quando si lega un grosso vaso, le vie arteriose periferiche si vuotano verso i capillari e le vene, continuando la loro funzione, aspirano il sangue dei capillari, che non si può più rinnovare per la legatura del tronco principale e si determina così una ischemia rapida e pericolosa.

Con la simpatectomia invece, lo spasmo vasale colpisce anche le vene e quindi si ha un lento vuotamento del sangue rimasto nell'arto (ingorgo e cianosi).

Questa fase ha breve durata; subentra subito la dilatazione di tutto il territorio vasale, che si verifica anche al disopra della legatura e che è più manifesta se la legatura si pratica alla parte media del tratto vasale denudato. Questo ha estrema importanza perchè determina la dilatazione del territorio vasale, che deve dare, e di quello, che deve ricevere il sangue del nuovo circolo, dilatazione che avviene anche nei capillari.

Secondo i recenti studi del Krogh e di altri i capillari sanguigni sono provvisti di un sistema di fibre nervose, le quali, secondo alcuni, hanno una terminazione libera; secondo altri formano un reticolo perivasale.

La contrazione della parete è dovuta ad eccitamento del simpatico, mentre la dilatazione è regolata dalle fibre del sistema spinale comune.

Sopprimendo il simpatico si ha dilatazione; tagliando i gangli spinali si ha contrazione per il sopravvento del simpatico.

I filamenti simpatici e spinali arrivano alle cellule peritelíali del Ronget, disposte all'esterno dell'endotelio e dotate di potere contrattile secondo le ricerche del Ronget, del Maser e del Vimtrup. Sopprimendo le fibre simpatiche, che presiedono alla contrattilità, queste cellule non sono più capaci di contrarsi e quindi i capillari restano dilatati facilitando il formarsi del circolo collaterale.

Per queste ragioni l'A. crede che la simpatectomia debba essere largamente utilizzata nelle legature dei grossi vasi per aneurismi.

G. CIAPRINI.

Considerazioni sul catgut.

(CHASTENET DE GÉRY. *Gazette des Hôpitaux*, numero 29, avril 1924).

Il problema della sterilizzazione del catgut non è del tutto risolto, poichè ancora sono attribuibili alla incompleta sterilità del catgut alcune infezioni operatorie consecutive ad interventi asettici; per fortuna la maggior parte hanno decorso benigno, ma qualche volta sono state osservate infezioni gravi, e segnalato anche qualche caso di tetano. Disgraziatamente è difficile dar la dimostrazione precisa che la causa della infezione della ferita operatoria è da ricercarsi nella incompleta sterilizzazione del catgut, piuttosto che in altro difetto della asepsi durante l'intervento chirurgico. Ad ogni modo quando la infezione dipende dal catgut, essa si rende manifesta relativamente in ritardo, e nel focolaio di suppurazione di solito si rinviene un residuo del filo: infatti quando il catgut è stato imperfettamente sterilizzato, i germi ancora esistenti sono situati profondamente nella sostanza del filo, e non sono liberati che quando il filo si rammollisce, si detorce e si disgrega, ciò che richiede cinque, dieci o più giorni, a seconda della grossezza del filo e della sua preparazione. L'A. ha osservato un caso in cui, dopo tre mesi da una operazione decorsa asetticamente (si trattava di una isteropessi per via addominale), ha visto formarsi nella cicatrice addominale una piccola raccolta purulenta circondata da una coccia fibrosa, che, aperta, dette esito a poche gocce di pus ed a un residuo del filo di catgut.

Perchè è tanto difficile realizzare la sterilizzazione del catgut?

Anzitutto il catgut ha un difetto d'origine: nel prelevare la listerella di tubo intestinale, che serve per prepararlo, questa è facilmente inquinata dal contenuto settico dell'intestino; la sterilizzazione deve dunque esser fatta particolarmente rigorosa: ma il catgut è una sostanza organica delicata che sopporta male il trattamento disinfettante, e specie quello più sicuro dato dalla sterilizzazione col calore: il calore secco lo prosciuga e lo rende friabile, il vapore acqueo lo gelatinizza, per cui diventa inservibile, si pensò quindi di fare agire il calore con l'intermediario di corpi anidri: alcool assoluto acetone, cloroformio, benzene, cumolo, ecc. sia immergendo il catgut nei liquidi sia nei vapori di dette sostanze sovrariscaldati in speciali autoclavi; ma l'azione disorganizzante del protoplasma cellulare vivente del vapore d'acqua, che agisce per un meccanismo complesso in cui i fenomeni osmotici hanno una parte importante, non è paragonabile a quella dei vapori delle sostanze anidre sopra-

dette, le quali indurendo gli stati superficiali del catgut, lasciano gli strati profondi relativamente protetti contro l'azione sterilizzante del calore e della pressione.

L'A. ha esaminato molti campioni di fili di catgut sterilizzati al calore coi diversi metodi, immergendoli in terreni di cultura, ed ha avuto la pazienza di continuare la osservazione per dei mesi, ed ha avuto la sorpresa di vedere, certi campioni di catgut dar sviluppo a culture di germi dopo 20-50 ed in un caso 58 giorni.

Non essendo dunque sicura la sterilizzazione del catgut coi mezzi fisici, l'A. si domanda se non sia il caso di ritornare alla sterilizzazione chimica, come era stata usata ai primi tempi dell'uso del catgut in chirurgia, secondo la pratica di Lister e Championniere.

L'A. ha fatto varie ricerche sperimentali, infettando i fili con germi sporulati, e trattandoli con diverse soluzioni antisettiche: quella a cui si è finalmente arrestato contiene 1 gr. di iodio, 60 gr. di etere, 40 gr. di alcool a 90°; i fili si tengono immersi da 24 a 36 ore secondo la loro grossezza e quindi si conservano in etere puro. Il catgut, infettato sperimentalmente, trattato con questo sistema ed esaminato col metodo delle colture, dopo aver allontanato anche le minime tracce della soluz. disinfettante, non ha dato sviluppo di colonia di germi.

A. CER.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

I. FAIRBAIRN. *Gynaecology a. Obstetrics*. Oxford University Press. Amen Corner. London, E. C. 4, Sc. 25.

769 pagine fittissime recano una buona trattazione sia della ostetricia che della ginecologia, elementare si intende, come è sufficiente per i medici pratici e gli studenti a cui il libro è dedicato, ma completa. C'è perfino un cenno storico all'inizio e in fine un interessante capitolo sui lati sociali ed etici e medico-legali nel campo ostetrico-ginecologico. Forse la parte operativa è un po' sacrificata: è vero che l'A. dice espressamente di averla limitata ai punti essenziali, per far comprendere i vari metodi che si devono poi, per impararli, vedere eseguire assistendo ai parti e alle operazioni.

Anche le figure sono poco abbondanti; ma quelle che ci sono, riguardanti la anatomia patologica genitale, sono originali e interessanti, derivando da un ricco materiale come può fornire l'ospedale S. Thomas a cui presta servizio l'A. È nell'insieme quindi un libro davvero raccomandabile al pratico; lo stesso specialista vi vedrà con interesse in più parti uno svolgimento che si scosta da quello tradizionale.

P. G.

WEIBEL W. *Einführung in die gynaeklogische Diagnostik*. III. Edizione. Berlino, J. Springer, 1924.

Piccolo libro, ma molto chiaro e utile come introduzione allo studio della ginecologia. Dopo un breve esposto dei metodi di esame, vi sono passati in rassegna i vari reperti ordinatamente e col sussidio di moltissime figure schematiche, nitide e veramente didattiche. Il favore incontrato presso gli studenti e i medici pratici è dimostrato dall'essere questa la 3ª edizione in pochi anni del lavoro di Weibel. Sulle precedenti ha maggior ricchezza di illustrazioni e alcuni capitoli nuovi.

P. G.

E. RUNGE. *Die Gynaekologie des praktisches Arztes*. Ed. Urban u. Schwarzenberg 1924. Vienna (1) Mahlerstr. 4.

In 288 pag. di formato piccolo, tascabile, viene fatta la presentazione, sotto forma di discussione con l'uditorio, dei casi più comuni della pratica ginecologica, con ricordi terapeutici: nei 164 casi prospettati si trova in fondo tutta la patologia; la forma prescelta serve sopratutto a orientare il medico verso la corretta interpretazione dei sintomi denunziati dalle malate. Le figure sono la parte meno bella; poche e solo schematiche; dovranno venire migliorate nelle successive edizioni, che non mancheranno, data la utilità e praticità del libriccino.

P. G.

O. VIANA. *Contributo allo studio del taglio cesareo nella placenta previa*. — Un vol. di circa pag. 100. Città di Castello, Unione Arti Grafiche Editrice, 1924. — Prezzo L. 10,50.

L'A. tratta, con rara perizia, il discusso argomento, sulla scorta di oltre 200 casi, parte tolti da monografie e resoconti, parte inediti, raccolti da varie cliniche ed ospedali. In un primo capitolo sono esposti i dati statistici; in altri sono riassunti le letterature nostrana e quella estera dell'ultimo decennio. Le indicazioni e la tecnica formano oggetto di un capitolo a sè. Fanno seguito la casistica inedita e infine la ricca bibliografia comprendente 230 numeri.

Il lavoro è stato già pubblicato, quasi per intero, nell'ottima *Clinica Ostetrica*.

A. MANNA.

A. PONZIAN. *Della inversione uterina.* Belluno, Arti Grafiche 1924.

Dalla osservazione di due casi personali, l'A. trae partito per una completa rivista sulla inversione uterina. La monografia, completata da un ricco elenco bibliografico, tratta nelle sue 145 pag. l'argomento da tutti i punti di vista, soffermandosi in modo speciale sulla terapia. G.

RIDD e SIMPSON. *Common Infections of the female uretra a. cervix.* Oxford University Press. Londra, E. C. 4. Amen Coruev, Sc. 7.

Trattazione esauriente della blenorragia femminile, nelle sue localizzazioni uretro-vescicali e genitali. Un capitolo è dedicato alla blenorragia delle bambine, un altro alle localizzazioni articolari. Il libro, di 187 pag., è rivolto sopratutto ai pratici ed è materiato di esperienza clinica, quale può venire avendo il materiale del reparto genito-urinario dell'Ospedale di Londra.

Due capitoli dovuti a Western e Mayon, trattano rispettivamente la parte batteriologica e la oftalmia dei neonati. Due tavole a colori arricchiscono il libro. G.

HALBAN e SEITZ. *Biologie u. Pathologie des Weibes.* Fascic. 8° del vol. II. Urban e Schwarzenberg. Vienna 1924.

In questo fascicolo della monumentale opera già altra volta recensita e lodata, Stichl tratta in modo succinto ma pure esauriente delle cure pre- e postoperatorie. L'esperienza fatta nella grande clinica di Berlino ne rende autorevoli i consigli.

Più diffusa è la trattazione che Thaler fa dei veri mezzi di anestesia, comprese quelle locali nelle varie modalità con cui è stata fin qui esperimentata nelle ginecologie.

In entrambi i lavori, bibliografia molto ricca; l'Italia però, come al solito, vi è trascurata. G.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 13 giugno 1924.

Presidente: Prof. G. VICARELLI.

MAIRINO. — *Un caso di morte timica in narcosi.* Illustrazione casistica.

TERNI. — *Sui fenomeni di riparazione consecutivi a perforazioni praticate nella coda del tritone.*

Sulla reazione della antistafilolisina e sul suo valore per la diagnosi delle stafilomicosi.

SACERDOTE in base alle sue esperienze conchiude che una reazione della antistafilolisina nettamente positiva si ottiene soltanto nel siero di individui affetti da stafilomicosi; una nettamente negativa non si ha mai nelle infezioni da stafilococco. Quando i valori della reazione oscillano fra i due estremi, il giudizio rimane indeciso.

Seduta del 20 giugno 1924.

Presidente: Prof. G. VICARELLI.

Neurofibroma dell'acustico (Diagnosi radiologica e conferma operatoria).

BERTOLOTTI comunica un interessante caso di diagnosi molto difficile in cui la sintomatologia si era nel periodo di tre anni svolta colla seguente successione: ronzii all'orecchio destro, vertigini, parestesie del trigemino, amenorrea sintomi di *deficit* ipofisario, sindrome chiasmatica da compressione. Le radiografie e specialmente quelle in proiezione sulmento-vertice dimostrarono una erosione della faccia posteriore della piramide all'imbocco del meato uditivo interno di destra, insieme coi segni classici di una forte ipertensione. Per questi dati e per la presenza stabilitasi nel decorso di sintomi di turbato equilibrio statico e dinamico venne fatta la diagnosi di tumore a punto di partenza del nervo acustico di destra, diagnosi che venne confermata dall'intervento operatorio.

La via orbitale inferiore per l'iniezione di sostanze modificatrici ai fori ovale e rotondo.

DOGLIOTTI in seguito a ricerche fatte su molti crani normali, ha praticato in 3 casi di nevralgie del trigemino iniezioni di alcool passando attraverso la fessura orbitale inferiore.

TERNI. — *Sede, epoche di comparsa e durata dei centri eosinofilopoietici degli uccelli.*

Seduta del 27 giugno 1924.

Presidente: Prof. G. VICARELLI.

Sulla dissensibilizzazione a scopo terapeutico nelle corizze spasmodiche periodiche.

PALLESTRINI. — Da esperienze fatte in sette casi di corizza spasmodica conclude che il metodo della dissensibilizzazione può dare reali miglioramenti, ma non vere guarigioni, sia per eventuali deficenze della tecnica di allestimento delle sostanze funzionanti da antigene, sia per la qualità del materiale usato non del tutto puro e forse anche per il potere individuale di reazione agli stimoli così detti anafilattici che con la cura dissensibilizzante si provoca ripetutamente.

Il tessuto reticolare nelle spleno-epatomegalie malariche.

FOLZ studiando 45 milze malariche deduce che in esse si osserva un progressivo aumento dello stroma del fegato e della milza in rapporto tra l'intensità e la durata dell'infezione e con circostanze dipendenti dalla disposizione individuale. Il tessuto reticolare risponde all'infezione con iperplasia dapprima, poi con ipertrofia e trasformazione in tessuto collageno.

La grande proliferazione delle fibre a graticcio nel fegato e nella milza è un fattore importante dell'aumento di volume, di peso e di consistenze di questi organi. PIETRO SISTO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Cuore da gozzo

I cuori da gozzo sono pneumomeccanici o tireotossici.

I pneumomeccanici sono frequenti negli adenomi cistici ed in altri casi di ipertrofia tiroidea. Sono compresi i vasi e nervi del collo ed è compressa la trachea. Il cuore è affaticato, atonico, facilmente ingrandito, radiograficamente orizzontale: il ritmo è affrettato. L'insieme dei disturbi è dovuto a ritardo del circolo per compressione venosa.

L'elettrocardiografo ci rivela una tachicardia fisiologica, con onde auricolari che non sono ingrandite e che non uguagliano le ventricolari. Spesso si ha preponderanza della parte destra. La pressione sanguigna è alta.

In questi casi l'operazione non è pericolosa ed il cuore ritorna normale dopo l'atto operativo.

I cuori tireotossici (ipertiroidismo, Basedow) sono cuori non solo affaticati, ma anche intossicati o degenerati. Il ritmo è rapido (120 e più), diminuita la resistenza vasale, abbassata la pressione. Se la malattia dura a lungo si ha stanchezza cardiaca, atonia, insufficienza relativa, tossiemia e degenerazione delle fibre miocardiche.

Ai raggi il cuore appare ingrandito, orizzontale con punta spostata in fuori. All'elettrocardiografo si osserva in principio una tachicardia fisiologica, poi fatti degenerativi e fibrillazione auricolare.

Questi cuori presentano da per se un rischio durante l'operazione, ma dopo molto tempo possono rimettersi.

Qualche volta la fibrillazione auricolare può svilupparsi durante o dopo l'intervento, qualunque sia stato il metodo seguito: in questi casi è generalmente temporanea e coincide con un aumento della pressione sanguigna.

In molti Basedow operati di asportazione parziale la fibrillazione può cessare con la cura chinidinica.

I casi meno gravi e più guaribili sono quelli nei quali il miocardio è intossicato ma non degenerato.

(*Med. Journal*, 12 gennaio 1924; dalla *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*).

PERSIA.

Sulla cura delle cardiopatie.

Sovrano rimedio è, dice C. Chapmann (*Practitioner*, 5 giugno 1924), il riposo di varia durata secondo la gravità dei disturbi, a letto o in poltrona, secondo i casi. Durante le lunghe degenze i fanciulli possono, con adatti mezzi, continuare la loro educazione.

L'A., come derivativo intestinale, consiglia il calomelano, a dosi purgative singole, o a piccole dosi ogni quarto d'ora, fino ad effetto.

Tra i preparati digitalici consiglia la tintura, da somministrare alla dose di circa 50 goccie ogni 6 ore fino ad effetto: il vantaggio conseguito si può poi mantenere con piccole dosi di digitale o di altri cardiocinetici.

Ricorda i diuretici tra cui principalmente la caffeina e la teocina, nonchè la polvere di gialappa in piccole dosi: coadiuva l'effetto dei diuretici la sottrazione meccanica degli edemi.

Nega un'azione tonicardiaca alla stricnina, che avrebbe solo un'azione tonica generale.

I vasodilatatori sono utili solo nell'angina pectoris: nei disturbi cardiaci di natura nervosa giovano invece i bromuri e la valeriana. Contro l'insonnia si è dimostrato utile il cloralio (ctgr. 50) associato al bromuro d'ammonio (ctgr. 0,50, 1) tuttavia è talvolta necessario ricorrere alla morfina.

La dieta deve essere strettamente regolata: e possibilmente varia: i cibi solidi, quando sono consentiti, vanno masticati completamente. Non è mai bene eccedere nei liquidi, che vanno presi tra i pasti. È bene limitare i farinacei, che provocano flatulenza. Una dieta liquida nutriente, buona a nutrire il malato a sua insaputa è costituita da bianchi d'uovo in acqua d'orzo e limone.

L'esercizio fisico va regolato secondo la forza di riserva del miocardio. Questa si può apprezzare dalle modificazioni del polso o del respiro sotto lo sforzo, e dal tempo occorrente pel ritorno al normale. L'esercizio non va protratto oltre l'insorgere della dispnea.

DORIA.

La cura dell'ipertensione arteriosa.

È anzitutto necessaria un'adatta profilassi che abbia per scopo di allontanare l'insufficienza cardiaca, mediante un regime in cui si riducano di molto l'acqua ed i cloruri; si aggiungerà, ad intervalli regolari della teobromina e, se possibile, i bagni all'acido carbonico.

Come cura delle crisi ipertensive, Heitz (*Journal médical français*, 1924, n. 3.) consiglia

anzitutto il salasso di 2-300 cmc. che talvolta può salvare il malato. In qualche caso di violenta cefalea si potrà ricorrere alla puntura lombare, vedendo però di moderare il getto e la quantità. Nelle crisi vasali (dolori anginosi) si ricorrerà alle inalazioni di nitrito d'amile ed alla trinitrina, che ha azione più durevole; se ne danno 3-6 gocce della soluzione alcoolica al 1/100, ripartite nella giornata. Il nitrito di sodio, si dà in ragione di 10 cg., presi in 4-5 volte nelle 24 ore, od anche per iniezioni ipodermiche nei momenti in cui i disturbi di tensioni sono maggiori.

Qualche volta un'iniezione di morfina ha lo stesso effetto benefico del salasso; si usa anche la papaverina (5-10 cg. una o due volte al giorno). Sono usati anche il benzoato di benzile e l'estratto di visco (10-30 cg.) specialmente nella cefalea e nei ronzii ipertensivi. Netter consiglia come vaso-dilatatore la tintura d'aglio a dosi di dieci gocce, tre volte nelle 24 ore.

Nell'insufficienza cardiaca acuta. (edema polmonare) si ricorra al salasso ed alla morfina, in quella cronica, ai tonici cardiaci. Nella fibrillazione auricolare è indicata la digitale e così anche la strofantina e l'uabaina. Quest'ultima è consigliabile nella insuffcienza acuta del miocardio, per iniezioni endovenose, a dosi di I/10 di mg., mattino e sera. Utile risulta anche la somministrazione del citrato di sodio, a dosi di 8-12 grammi al giorno.

fil.

Il pericolo dei salassi abbondanti negli ateromatosi ipertesi.

Il salasso è notoriamente utile per combattere la tendenza agli acidenti cerebrali; ma anche in questi casi è necessario procedere con prudenza. C. Vincent e J. Darquies (*Journal des praticiens*, 26 gennaio 1924), in seguito a salassi di 800 cmc. praticati in due malati per accidenti cerebrali gravi, ebbero a notare disturbi gravi e consigliano quindi di fare salassi non troppo abbondanti (e quelli degli AA. ci sembrano tali!), limitandosi a 300 cmc. e sorvegliando la fuoriuscita del sangue. Si applicherà un manometro sull'altro arto superiore e si sospenderà il salasso quando la tensione sistolica si sia abbassata di 3-4 cm. di mercurio. La pressione sanguigna si sorveglierà anche nelle ore seguenti.

Si avvertirà poi anche la famiglia che il salasso nel caso speciale costituisce il trattamento di scelta, ma che potrebbero aversi degli accidenti, come perdita di coscienza, paralisi, ecc.

fil.

Simpaticectomia cervicale superiore sinistra sotto anestesia locale nell'angina pectoris.

I. Bacon (*The Journal Am. Med. Ass.*, 22 dicembre 1923), riferisce il caso d'un uomo di 78 anni, il quale da tre anni soffriva di frequenti attacchi di angina pectoris, anche notturni, spesso accompagnati da vomito. Era infisematoso, arteriosclerotico; il cuore e l'aorta erano ingranditi, ma su di essi non si udivano rumori aggiunti. Nell'urina vi erano tracce di albumina e pochi cilindri ialini. La pressione arteriosa era di 40 mm. Hg. La R. W. era negativa.

Con le cure mediche non si riuscì a diminuire notevolmente di frequenza gli accessi, onde l'A. ricorse all'estirpazione del ganglio cervicale superiore del simpatico di sinistra.

Eseguì l'operazione sotto anestesia locale, usando procain all'1 %; praticò l'incisione sul bordo anteriore dello sternocleidomastoideo. Prima di estirpare il ganglio si accertò, pinzandolo, che non era il vago, e infatti non osservò rallentamento del polso.

L'operazione fu ben tollerata. Anche nei giorni immediatamente seguenti non si osservarono paralisi nei muscoli del capo o del collo.

Rapidamente gli accessi diminuirono d'intensità e di frequenza. All'osservazione radiologica l'aorta apparve diminuita di volume.

Dopo cinque mesi il paziente non soffriva più di dolori anginoidi, poteva dormire tranquillamente, e poteva compiere liberamente anche passeggiate abbastanza lunghe, le quali prima provocavano infallibilmente l'accesso. Solo il raffreddamento o il riscaldamento delle mani provocava dolori in ambe le braccia, che erano alleviati dalla nitroglicerina.

DORIA.

La terapia farmacologica arteriosa e limiti di essa.

P. Piccinini (Atti del XXIX Congresso di Medicina interna, Roma 1923) rileva che siccome non vi può essere terapia razionale, la quale non sia fondata sulle nozioni fisiopatologiche dello stato morboso che si vuole curare, l'A. premette cenni generali sullo stato attuale delle nostre cognizioni in rapporto alle cause, forme cliniche, ecc., della ipertensione.

Un obbiettivo esame sul modo di agire, diretto e secondario, di varie sostanze che si consigliavano quali « ipotensive », dimostra come esse in realtà siano (ben compresi i nitriti) tutt'altro che prive di inconvenienti, e che il loro uso è in generale sconsigliabile, specie per cure sistematiche, prolungate.

Perfettamente razionale essendo, invece, la cura dietetica, col complemento delle norme igieniche, ben note, risultano del tutto modesti i limiti da assegnarsi alla farmacoterapia. La quale potrà valersi di qualche farmaco di azione tenue, ma costante e priva di inconvenienti come il « Viscum album », e derivati. S.

SEMEIOTICA.

La puntura esplorativa.

Per quanto riguarda la tecnica della puntura esplorativa J. Konings (*Le Scalpel*, 1924, n. 26) raccomanda di preparare sempre due aghi, poichè uno può piegarsi toccando una costola, oppure può ostruirsi; accertarsi sempre che sono permeabili e scegliere il calibro differente, a seconda che si prevede di trovare un liquido sieroso o siero-purulento. Prima di affondare l'ago, determinare esattamente il punto in modo da passare in mezzo allo spazio intercostale, senza alcuna lesione.

Esame fisico del liquido. -- Può avere aspetto emorragico ed in tal caso, si penserà alla tubercolosi, al cancro, al reumatismo. Se invece è bilioso, si deve pensare che esista una comunicazione fra la pleura e le vie biliari (apertura di una cisti idatide nella cavità pleurica). In certi casi rari il liquido può essere lattescente, con riflessi verdastri, per pleurite chilosa provocata da una rottura del dotto toracico.

Esame citolcgico. -- La presenza di emazie in gran numero ha il significato di cui sopra per il versamento emorragico. La predominanza di polinucleari indica un attacco acuto nel corso di un'affezione cronica od un inizio di pleurite tubercolare. Se predominano gli eosinofili, si penserà alla pleurite sifilitica, reumatica, o tifica. I versamenti cronici, spesso di origine tubercolare, hanno sempre la mononucleosi; in presenza di grandi lembi endoteliali, si può diagnosticare un versamento meccanico, un idrotorace, mentre la presenza di grandi cellule a vacuali indica sempre il carcinoma della pleura.

fil.

IGIENE.

L'educazione fisica nelle scuole.

G. Gardenghi (*Igiene moderna*, aprile 1924) mette in luce la superiorità dei moderni in fatto di educazione fisica, in confronto con quella degli antichi, per il fatto che noi, grazie ai progressi della biologia, interpetriamo gli effetti dell'esercizio sull'organismo e siamo in grado di meglio dosarli secondo le circostanze. E questo il punto di maggiore importanza in un periodo in cui la diffusione degli sport è quanto mai ampia e progressiva ed, anche nelle scuole, l'educazione fisica, lasciate le antiche forme di ginnastíca metodica, assume carattere nettamente sportivo. Còmpito degli igienisti deve dunque essere quello di dettare delle norme perchè, dalla tendenza ormai preponderante, si possa trarre il maggior possibile vantaggio, col minimo danno.

Il maggiore rendimento fisico si ha quando vi si prende parte con piacere ed il paragonare l'insegnamento della ginnastica con quello del la[illegible]ino o del greco non sarebbe certo la buona formola. Ben a ragione nelle Istruzioni generali del nostro Ente nazionale per l'Educazione fisica (E.N.E.F.) è detto che su tutto l'Istituto deve « aleggiare uno spirito di praticità di vita e di giocondità ». Ma un grande senso di misura deve governare anche questa materia. L'igiene, la scienza fisiologica della vita o, meglio, la scienza della vita fisiologica deve dare appunto il senso di questa misura ed additare i limiti di tempo e di modo che non debbono essere sorpassati.

I fanciulli vanno raggruppati fisiologicamente nei loro esercizii e nei loro giuochi. Vi si perverrà basandosi sul peso, la capacità spirometrica, la corporatura, la conformazione generale del corpo e la velocità che è la risultante della attività psicomotrice.

L'A. mostra una grande fiducia nell'E.N.E.F. (di cui però finora si è veduta una sola attività, quella di riscuotere la relativa tassa, poichè le cose sono andate precisamente come negli anni precedenti. N. del Red). L'E.N.E.F., dice l'A., non dimentichi che nella applicazione del suo còmpito una parte non lieve, anzi fondamentale, deve essere fatta dal medico-igienista, non già o non solo per prestare le sue cure nei piccoli infortunii, ma per vegliare a che l'insegnamento dell'educazione fisica, nel facile entusiasmo per quanto è di moda, per quanto in realtà è in gran parte bello ed utile, non trasmodi. Breve è il passo dall'allenamento fisiologico alla fatica, dalla misura allo sforzo, dalla proporzione allo squilibrio.

Non vogliamo formare degli atleti o dei campioni olimpionici; vogliamo e dobbiamo dare a tutta la nostra giovinezza quell'armonia di sviluppo che la tempri alla lotta per la vita, che la renda più fo[illegible] per resistere alle infinite cause di corruzione fisica e mo-

rale che stanno in agguato per toglierci o fiaccare con multiforme insidia quel divino dono della nostra stirpe. *fil.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Il ricambio del calcio nell'adulto.

Le opinioni degli autori non sono concordi sulla giornaliera quantità necessaria di calcio. nè sulla quantità che un uomo normale dovrebbe eliminare. Il problema che interessa l'igiene e la fisiopatologia è stato studiato sperimentalmente da E. Monoussakis (*Accadémie de médecine*, 8 aprile 1924), il quale ha potuto assodare che esiste una soglia dell'apporto calcico, che l'A. chiama razione calcica di equilibrio, compresa fra gr. 1,4 e 1,6; al disotto di tale razione, l'organismo si impolverisce di calcio. Una razione superiore permette all'organismo di fare dei guadagni in calcio; l'organismo però si comporta differentemente con degli apporti di calcio che, pure essendo uguali in quantità, differiscono qualitativamente.

L'organismo, allo stato di digiuno calcico, non può equilibrare i suoi scambi per mezzo del calcio medicamentoso (carbonato di calce). Esso non ritrae alcun vantaggio da dose doppia in confronto di quella semplice; in ogni caso il vantaggio è minimo. Esistono poi variazioni nelle eliminazioni calciche urinarie ed intestinali; l'eliminazione del calcio intestinale varia con la qualità e la quantità di calcio ingerita, con la massa del nutrimento (indipendentemente dal suo contenuto in calcio) e con i fattori che influiscono sulla secrezione dei succhi digerenti. La calciuria varia con la quantità e la qualità del calcio ingerito, con il genere di alimentazione (carnea o vegetariana) e con i fattori che influiscono sull'idruria. Non esiste parallelismo nè rapporto costante fra le eliminazioni calciche intestinali ed urinarie.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Resistenza delle vitamine al calore. Nomenclatura. — Al dott. R. D. B. da S.:

Le cosidette vitamine non differiscono molto tra di loro nella resistenza al calore.

Il calore agisce prevalentemente facilitando la loro ossidazione, di modo che viene tollerato molto meglio in assenza di ossigeno.

Le vitamine resistono al calore molto di più in mezzi acidi anzichè in mezzi alcalini: per questo motivo la più termolabile, quella antiscorbutica, abbonda ancora nelle conserve e nelle marmellate di frutta, a reazione acida, le quali per solito vengono preparate o sterilizzate al calore; anzi il succo di limone sottoposto per un'ora e mezzo a 120° C. manifesta ancora una decisa azione protettrice contro lo scorbuto acuto.

La vitamina più resistente al calore è l'antinevritica; essa è stata dimostrata in molti prodotti vegetali o animali sterilizzati all'autoclave; in un mezzo acido può essere concentrata per varie ore a 100°.

La vitamina antirachitica resiste un po' meno della precedente; tuttavia sopporta anch'essa a lungo la temperatura d'ebollizione; molto resistente si dimostra ai processi chimici: per es. la saponificazione permette di liberarla dai grassi e di concentrarla.

In modo identico si comporta la vitamina antixeroftalmica.

Conviene denotare le vitamine in base alle loro proprietà, anzichè mediante le lettere dell'alfabeto, le quali si prestano a confusioni.

Dopo che McCallum ebbe distinto il fattore liposolubile A dall'idrosolubile B, Drumond staccò da quest'ultimo l'idrosolubile C; si ebbero così il fattore A o promotore dello sviluppo (abbonda nell'olio di fegato di merluzzo); il B od antinevritico, vitamina di Funk (abbonda nei semi di cereali, nel siero di latte, ecc.); il C od antiscorbutico (abbonda nelle frutta e verdure, nel burro, nel tuorlo d'uovo; è il più fragile).

In seguito il fattore A venne scisso, a sua volta, in due: uno antixeroftalmico, a cui è rimasta riservata la lettera A, l'altro antirachitico, a cui venne apposta la lettera D. Se non che quest'ultima lettera era già stata impiegata da Funk e Dubin, per denotare un principio attivante lo sviluppo del lievito (nel quale esso è contenuto unitamente al fattore B); siffatto principio sarebbe poi stato isolato da Wildier, Amand e Devloo, che lo designarono come «bios».

Ad evitare confusioni, per denotare la vitamina antirachitica venne proposta la lettera X; ma si apprese poi che anche questa lettera era stata già adoperata, da Evans, per denotare un principio il quale influenzerebbe l'eredità; perciò ultimamente si è ricorso alla lettera E per la vitamina antirachitica.

Noi crediamo che nel linguaggio medico corrente sia preferibile di rinunziare a queste lettere, e indicare le vitamine o fattori minimali della nutrizione, mediante le loro proprietà fisiologiche.

Tuttavia anche su queste non sussiste pieno accordo; ad esempio tutte le vitamine sono in grado, più o meno, di attivare lo sviluppo; ma Berg ed altri credono che tale attitudine spetti in specie ad una vitamina che andrebbe staccata dal gruppo idrosolubile: invece McCallum attribuiva la stessa proprietà quasi specificamente al gruppo liposolubile.

Altrettanto si dica per le proprietà fisiche; quanto alla composizione chimica, resta ancora molto incerta.

L. VERNEY.

Trattati di radiologia. — Al dott. S. C. abb., n. 7826-2:

Un trattato italiano completo di radiologia è in corso di pubblicazione (rivolgersi al prof. Ponzio — Ospedale Mauriziano — Torino).

Ottima sotto tutti gli aspetti è la parte radiologia svolta dal Busi nel Trattato di Chirurgia del Taddei.

Di radiogrammi normali classico è l'atlante del Grashey (Lebman) di cui è apprestata la nuova edizione italiana.

Ottimo è l'atlante di Sessa e Alberti (Cappelli — Bologna) sui radiogrammi delle estremità e i lavori del Balli:

Limiti fra il normale e il patologico (Cappelli, ed.); Anatomia radiografica del cranio (id.); Anatomia radiologica dello scheletro (Taddei-Ferrara) recentissima e che fa parte anche del suddetto trattato italiano.

MILANI EUGENIO.

Servizio medico-militare. — Al dott. E M. da S.:

1) Può ottenere la nomina a sottotenente medico, facendo domanda al Ministero della Guerra per il tramite del distretto, unendo copia del diploma di laurea e dello stato di servizio.

2) Prima della nomina dovrà sostenere un esame presso la Direzione di sanità territoriale sui regolamenti nel servizio sanitario in pace ed in guerra.

3) Una volta nominato, deve prestare servizio per un mese presso un ospedale militare nella sede del corpo d'armata, entro un anno della nomina.

A. CASARINI.

VARIA

Aumento degli onorari medici in Rumania.

In Rumania il continuo incremento nel costo della vita e gl'inasprimenti delle tasse in relazione col rinvilio della moneta, hanno indotto i medici a chiedere un supplemento agli onorari.

Siccome un decreto del Ministero della salute pubblica stabilisce il minimo di onorari, variabile con le località, i clienti si attengono quasi tutti a questo minimo.

Allorchè i medici intentano delle azioni giudiziarie, per la mancata corresponsione degli onorari, la Corte si attiene sempre a questo decreto per la tassazione.

Le tangenti di abbonamento non sono, però, regolate dal decreto suddetto; quindi, in molte città le associazioni mediche professionali hanno stabilito un aumento del 30 %, e in genere lo hanno ottenuto.

In conformità di questo aumento, una famiglia di Bucarest viene a corrispondere da 5000 a 10.000 lei per anno al suo medico; in altre città che superano 30.000 abitanti, 3000 lei; sono da aggiungervi gli onorari supplementari per visite notturne, consulti tra più medici, assistenza a parti, interventi chirurgici, visite in ospedali o in case di salute.

In media la visita medica a domicilio del paziente importa 100 lei, anche nelle più piccole città.

Al corso attuale un lei corrisponde a più di 10 cent. di lira italiana.

Nell'insieme, la condizione dei medici in Rumania viene considerata soddisfacente, tanto che il numero degli iscritti alle Facoltà mediche è aumentato in modo preoccupante e il Ministero della P I. ha espresso l'avviso di aumentare di un anno il *curriculum* degli studii, per infrenare la pletora professionale.

(Dal *Journal Acc. Med. Assoc.*, 2 agosto 1924).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

QUESTIONI PRATICHE.

LXXI. — Competenza a provvedere alla nomina del personale per istituzioni sanitarie comunali sussidiate dallo Stato.

Il Commissario prefettizio per il Comune di Genzano (Potenza) istituì un ambulatorio polivalente, per la lotta contro le malattie sociali e ne conferì la direzione al medico condotto dott. Cherubino.

Ma il Prefetto non ratificò la deliberazione di nomina e designò per la direzione altro sanitario, rilevando che la disposizione del Capitolato, che attribuiva quell'ufficio al medico condotto, non era efficace ma si doveva considerare *res inter alios* in confronto del Ministero dell'Interno che corrispondeva sussidio per il funzionamento dell'ambulatorio.

Da ciò ricorso del dottor Cherubino alla IV Sezione del Consiglio di Stato, la quale, con decisione 26 luglio 1924, n. 541, ha risoluto così la controversia.

Trattandosi di un dispensario o di altra istituzione analoga, costituita dal Comune, anche se sussidiata dallo Stato (non importa in quale misura) il potere di nomina ed ogni altra attribuzione ad esso inerente, competono al Comune. È, quindi, pienamente efficace la disposizione del capitolato che deferisce al medico condotto la direzione dell'ambulatorio.

Ha rilevato però la IV Sezione che, trattandosi di deliberazione di un Commissario prefettizio, soggetta a *ratifica* del Prefetto, il quale perciò esercita un sindacato di merito e non di mera legittimità — come sarebbe, invece, nel caso del visto a norma dell'art. 212 della legge Comunale e Provinciale — non era efficace la nomina del dottor Cherubini, perchè la relativa deliberazione non era stata ratificata dal Prefetto. Ma, d'altra parte, non era legittima la nomina dell'altro sanitario deliberata dal Prefetto; sicchè, annullata questa, si deve procedere a nuova nomina a norma di legge.

LXXII. — La nozione di "Impotenza„ agli effetti della nullità del matrimonio.

Breve incursione in un campo che non è consueto per i lettori di questa rubrica ma che può interessare dal punto di vista medico legale.

La Corte di Cassazione del Regno, con sentenza 30 giugno 1924, giudicando diversamente dalla Corte di Appello di Genova, ha dichiarato che la *impotentia coeundi*, cioè la impossibilità della congiunzione carnale, e non la cosidetta *impotentia generandi*, cioè la sterilità, la inettitudine a procreare, è causa di nullità del matrimonio. « In senso ristretto, nei riguardi dei rapporti sessuali, *impotenza* è inettitudine a realizzare l'azione volontaria, *copula*, od è inettitudine a sentire lo stimolo a quella azione volontaria. La inettitudine a generare o procreare viene con improprietà grave designata da taluni come *impotenza*, perciocchè la non idoneità del germe (*semen non prolificum*) o la non idoneità ricettiva dell'ovulo o dell'utero sono condizioni attinenti a cose e non già ad uno dei soggetti volenti e cooperanti all'azione volontaria, che è la copula sessuale. L'attività biochimica che viene designata come generazione o procreazione si compie nel soggetto e in conseguenza della copula, ma si compie senza il concorso attuale di attività volitiva specifica »..... Se la funzione procreativa è nelle finalità ultime del matrimonio, non ne costituisce per altro il contenuto essenziale e necessario, permanendo nell'istituto il carattere di forma etica, non soggetto a variabilità di esigenze eugeniche ».

« A cosiffatto consorzio di due vite è stimolo causale (*causam dans*) l'appetito sessuale; avere errato nell'appagamento di questo bisogno è per l'ordinamento giuridico causa idonea a chiedere l'annullamento del vincolo; avere errato sulla possibilità di avere figliuoli, non è per l'ordinamento giuridico causa idonea a chiedere l'annullamento del vincolo ».

LXXIII. — Legalizzazione di atti dello stato civile.

La legalizzazione degli atti dello stato civile è sempre regolata dal r. d. 15 novembre 1865, nè ha subito deroghe per effetto delle disposizioni del r. d. 19 novembre 1914, e quindi non è necessaria quando tali atti debbano prodursi entro la giurisdizione dello stesso Tribunale al quale appartiene il Comune che li ha rilasciati.

Il servizio di stato civile non può dirsi strettamente comunale, perchè si esplica nel territorio della intera giurisdizione del Tribunale. I registri dello stato civile non possono essere messi in uso se non sono vidimati dal Presidente del Tribunale o da un giudice da lui delegato.

Essi sono redatti in doppio originale, di cui uno solo rimane presso l'ufficio comunale, mentre l'altro viene custodito dalla cancelleria del Tribunale, che può anche rilasciare copie ed estratti (Giurisprudenza costante).

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Il 18° Congresso dei Medici Condotti.

Domenica 14 settembre si è riunito a Trento il 18° Congresso dei medici condotti.

Per le 9.30 era indetta nel salone consigliare del palazzo comunale la solenne cerimonia inaugurale.

Il salone, adorno di piante, in una sobria ed elegante decorazione floreale, presenta un magnifico colpo d'occhio.

Il tavolo presidenziale è disposto nel fondo; e pure nel fondo, in alto, è la grande bandiera nazionale, dono delle donne torinesi a Trento redenta e liberata, e il gagliardetto dell'Associazione dei medici.

Lungo la scalea del palazzo prestano servizio d'onore le guardie municipali in alta uniforme, e ai lati della porta d'ingresso del salone consigliare sono i mazzieri del comune vestiti della loro caratteristica divisa.

Intanto al tavolo della Presidenza prendono posto il dott. Giovanni Dal Ri che, quale presidente del Comitato organizzatore, siede nel centro avendo ai lati il commissario prefettizio di Trento, comm. Peterlongo e il dott. Achille Vacino, segretario generale dell'Associazione: vengono quindi il dott. Guglielmo Oliaro, vice segretario generale; il dott. Cavallo, segretario generale dei Sindacati Veterinari; il dott. Weiss, medico provinciale; il dott. Zanetti presidente dell'Associazione medica Tridentina e dell'Ordine dei medici; il dott. Azor Girardi; il dott. Fioretti, segretario generale della Corporazione Sanitaria.

Il direttorio centrale è tutto presente nelle persone dei dottori Carlo Francesco Cocito, Giuseppe Fatichi, Mauro Montano, Luigi Parodi, Percacini, Carlo Torelli e Daniele Carobbio.

Il Comitato organizzatore del Congresso è pure al completo. Notiamo i dottori Pietro Sembianti, vice presidente; Carlo Agostini, cassiere; Branzi, Bruneri, Lubich, Maccani, Pergher, Serra, Stabile, consiglieri.

Nella prima fila di poltrone sono le autorità e le personalità cittadine.

Tra le personalità mediche delle vecchie provincie, notiamo: il dott. Mignoli, il dott. Patricelli, il dott. Braccini, il dott. Scamoni, il dottor Camilli, il dott. Petilli, il dott. Valerio, il dottor Fabbiolo, il dott. Dosi, il dott. Bonfiglio, il dottor Galletti, il dott. Urso, ecc.

È pure cospicua la rappresentanza dei medici trentini nelle persone dei dottori signori: Bezzi, Rostirolla, Gilli, Zeni, Brugnera, Damiani, Balego, ecc.

Tutta l'Italia medica è presente con le proprie rappresentanze delle città di: Alessandria, Aqui, Asti, Casalmonferrato, Novi, Tortona, Ancona, Aquila, Arezzo, Ascoli Piceno, Avellino, Bari, Belluno, Benevento, Bergamo, Bologna, Brescia, Verola Nuova, Cagliari, Caltanissetta, Campobasso, Caserta, Catania, Catanzaro, Chieti, Como, Lecco, Varese, Cosenza, Crema, Cremona, Alba, Cuneo, Mondovì, Ferrara, Firenze, Foggia, Cesena, Forlì, Rimini, Genova, Savona, Spezia, Girgenti, Grosseto, Lecce, Elba, Livorno, Lucca, Macerata, Mantova, Massa Carrara, Messina, Gallarate, Lodi, Milano, Monza, Modena, Napoli, Novara, Padova, Palermo, Parma, Lomellina, Voghera, Perugia, Pesaro, Piacenza, Pisa, Porto Maurizio, Potenza, Ravenna, Reggio Emilia, Frosinone, Roma, Polesine, Salerno, Sassari, Siena, Siracusa, Valtellina, Sondrio, Teramo, Moncalieri, Pinerolo, Torino, Valsusina, Trapani, Treviso, Venezia, Verona, Vicenza, Trieste, Trento e Alto Adige.

Aprendosi il Congresso, il dott. Giovanni Dal Ri, presidente del Comitato organizzatore, prende per primo la parola salutando gli ospiti colleghi che vollero scegliere Trento a sede del loro XVIII Congresso Nazionale. Il dott. Dal Ri rileva il significato del presente Convegno che dovrà segnare una data feconda negli annali medici d'Italia. L'unione spirituale fra le vecchie e le nuove provincie redente è ormai un fatto compiuto; anche negli sforzi concordi di tutti i sanitari italiani sarà assicurato l'avvenire della Patria.

Grandi applausi salutano le parole felicissime del dott. Dal Ri.

Dopo il dott. Dal Ri, si alza il comm. Peterlongo che porge ai congressisti il saluto di Trento, bene auspicando ai lavori del Congresso in nome della grande Patria.

Terzo oratore è il dott. Zanetti, presidente dell'Associazione Medici Tridentini, il quale dà il benvenuto ai colleghi in nome dei medici trentini, rilevando le correnti ideali e i legami materiali che uniscono il corpo sanitario delle vecchie provincie con quello delle nuove.

Per il Comitato organizzatore parla il dott. Azor Girardi, mentre l'on. Tonelli auspica che il Congresso attuale trovi modo di sanare, oltre che i mali fisici, anche il grave male spirituale della Nazione.

Il dott. Wachler porta il saluto dei medici dell'Alto Adige.

Parlano, quindi, il dott. Fatichi del direttorio centrale ricambiando di parole cortesi gli oratori precedenti, e il dott. Cavallo, segretario generale dei Sindacati Veterinari, che fa un raffronto fra il Concilio di Trento e l'attuale Congresso .

Da ultimo prende la parola il dott. Achille Vacino, segretario generale del direttorio centrale, il quale rileva l'assenza del comm. on. Rossoni, presidente delle Congregazioni Sindacali Fasciste, trattenuto a Roma per l'atroce assassinio dell'on Casalini.

Alla memoria del deputato scomparso, manda il commosso e reverente omaggio dell'assemblea, e propone che il Congresso invii alla desolata famiglia dell'ucciso la espressione del cordoglio più vivo.

Il dott. Vacino, proseguendo nel suo discorso, saluta Trento e il suo primo cittadino e ha parole di molta lode per il Comitato organizzatore. Ri-

corda l'oratore la commozione profonda, che invase tutti i partecipanti al I Congresso dei medici dopo la grande guerra, quando, in Roma, nella sala del Congresso entrarono alcuni medici trentini, e fra di essi il dott. Dal Ri. Parve allora come tangibile la compiuta redenzione della Patria, sintetizzata dall'unanime grido che scosse allora tutti i petti: «Viva Trento!».

«E «Viva Trento!» — conclude il dott. Vaccino — sia il grido che qui oggi ritorna in questa storica aula che ci accoglie».

L'assemblea ripete l'evviva fra applausi insistenti all'oratore.

La seduta inaugurale ha così termine.

I congressisti passano nelle sale attigue dove viene loro servito un suntuoso vermouth d'onore, offerto dal comune.

La cerimonia del mattino continua quindi con un grande corteo che preceduto da un plotone di guardie civiche, dal gagliardetto dell'Associazione Nazionale del Medici, e dalla bandiera degli studenti universitari trentini, si reca per le vie Bellenzani, Roma e Alfieri, al monumento di Dante. Qui, mentre il corteo sfila dinanzi al bronzo austero del Poeta, due vigili del fuoco depongono alla base del monumento una ricca corono d'alloro.

Uguale omaggio i congressisti compiono alla fossa del Castello con l'apposizione di una corona al sacro Cippo dei Martiri.

***

Alle ore 15 dello stesso giorno si iniziano i lavori del Congresso nel salone della Filarmonica.

Il dott. Vacino, dichiarando aperta la seduta, chiede anzitutto che l'assemblea proceda alla nomina della presidenza del Congresso.

Ma i congressisti delegano all'unanimità tale nomina allo stesso dott. Vacino, il quale, perciò, propone i seguenti: il dott. Zanetti, segretario del Sindacato dei medici condotti trentini a presidente onorario; il dott. Mignoli presidente effettivo, e i dottori Fioretti, Galletti, Urso e Tonelli a membri della Presidenza stessa. L'assemblea approva.

Subito il dott. Mignoli assume la Presidenza, e dà la parola al dott. Fioretti il quale esprime il cordoglio per la tragica morte dell'on. Casalini e propone che il Congresso si raccolga devotamente in un minuto di raccoglimento.

L'assemblea, in piedi, rende omaggio alla vittima.

Anche il dott. Mignoli commemora con frase commossa l'on. Casalini, e manda alla sua memoria un deferente saluto. Ringrazia poi il segretario generale dott. Vacino per averlo proposto alla Presidenza del Congresso, e rievoca la superba epopea italica nel nome immortale dei Martiri Trentini.

Quindi dà la parola alla signora Enrica Berloffa, segretaria del Sindacato delle levatrici.

La signora Berloffa si dice lieta dell'onore conferitole di salutare a nome delle levatrici della provincia, i medici condotti d'Italia.

«Le levatrici del Trentino e dell'Alto Adige — continua — finalmente riunite nella grande famiglia italiana, guardano con sicura intuizione a voi che fate della vita una nobile missione di conforto, e alla vostra arte che è pensiero e sublime dottrina per le lotte che daranno un migliore avvenire e un fecondo progresso morale e intellettuale anche alla classe delle levatrici».

Conclude facendosi interprete del sentimento delle levatrici dell'Alto Adige, cioè di quella parte della Patria che i congressisti avranno modo di visitare in questi giorni.

Il segretario generale dott. Vacino chiede al Congresso se vuole udire la lettura della relazione morale. Ma essendo la relazione già stata stampata sul bollettino «Il Medico Condotto», largamente diffuso fra tutti i congressisti, l'assemblea vi rinuncia.

A questo punto domanda la parola il dott. Braccini. L'oratore chiede che venga posposto l'ordine del giorno della trattazione dei lavori dando la precedenza al numero 5 che tratta della necessità di una chiara dizione ed esatta interpretazione dell'articolo V dello statuto, specialmente nella parte che riguarda la definizione esplicata dalla frase «elementi antinazionali» destinata a priori ad essere esclusa dalla Associazione. Il dott. Braccini fa presente che i partiti dal democratico al popolare, dal socialista al repubblicano non sono da considerarsi affatto come antinazionali perchè anch'essi hanno una patria ed una idealità sacrosanta da servire e difendere in armonia ai principii nazionali.

L'oratore rileva quindi che l'Associazione dei medici condotti ha aderito ai Sindacati Nazionali, ma non a quelli fascisti. Ora il dott. Braccini si chiede se aderendo ai Sindacati Nazionali i medici condotti dovranno essere considerati fascisti. E qui il dott. Braccini legge un ordine del giorno approvato al Congresso di Trieste:

«Il Congresso riferendosi alla dichiarazione letta ai soci della minoranza al Congresso di Trieste con la quale per alto spirito di disciplina essi rimasero iscritti all'Associazione;

ritenuto che i colleghi suddetti intesero con quella dichiarazione di sottostare alla disciplina sindacale delle Corporazioni Nazionali e non alla disciplina politica del partito;

considerando che vi è nell'Associazione un grandissimo numero di soci i quali appartengono a partiti politici che non possono essere qualificati antinazionali, solo perchè dissenzienti dalle direttive politiche del fascismo come detto dall'art. 50 dello statuto compilato dal direttorio centrale;

tenuto presente la necessità di mantenere compatta la compagine dell'Associazione, per eliminare qualunque pericolo che provochi il ritiro volontario, o peggio ancora la radiazione di quei colleghi che sottostando alla disciplina sindacale dell'Associazione hanno diritto alla indipendenza ed al rispetto del loro pensiero politico;

delibera di cancellare dall'art. 5 dello statuto l'ultima frase e cioè le parole: «che siano contrari alle direttive politiche del fascismo», sostituendola con la seguente: «che nel loro programma e nella loro azione politica rappresentino la negazione dell'idea di patria e di nazione».

Al dott. Braccini segue il dott. Fioretti il quale in contrasto alla tesi del collega precedente sostiene che il sindacalismo fascista «è stato, è e deve essere sindacalismo politico». Sulla questione che molto interessa ed appassiona il Congresso parlano i dottori Vacino, Patricelli, Comboli, ecc.

Il Presidente a discussione ultimata con un ampio dibattito sulla tesi in contrasto indice la votazione nominale dell'ordine del giorno Braccini.

La votazione dà il seguente esito: votanti 4796; favorevoli 231, contrari 4575. La pregiudiziale Braccini è così respinta.

***

Il Congresso si è nuovamente riunito nella stessa sala il giorno seguente, lunedì 16 settembre. L'assemblea ha continuato la discussione sulla relazione morale presentata domenica dal dott. Vacino e interrotta dalla presentazione della pregiudiziale Braccini che ha dato luogo all'ampio dibattito politico sindacale.

Parlano a favore della relazione morale i dottori Cardelli e Poerio.

Il dott. Fatichi ha controbattuto l'asserzione in merito alla questione sindacale e ha rilevato i vantaggi raggiunti dal sindacalismo nazionale.

Il dott. Grassi vuole che siano chiariti diversi punti che s'incontrano nel decreto 6 dicembre 1923 relativo alla obbligatorietà dell'assistenza medica a tutti, ricchi e poveri. Inoltre l'oratore chiede delucidazioni sulla tariffa dell'ordine e sugli stipendi. Risponde esaurientemente all'oratore precedente il dott. Vacino il quale chiude la discussione generale dell'assemblea e invita a votare la relazione morale. Essa è approvata su 5372 votanti con 5030 voti; risposero no 109, si astennero 223.

Nel pomeriggio l'assemblea sotto la presidenza del dott. Urso è passata a discutere la relazione finanziaria presentata dal dott. Carobbio. Ma prima di aprire la discussione il Presidente legge l'adesione dei medici condotti di Sassari. Aperta la discussione il dott. Abruzzese domanda la inserzione dell'ordine del giorno intorno al trasferimento del direttorio centrale a Roma. Approvata l'inserzione il dott. Camboli si esprime favorevolmente al passaggio del direttorio centrale alla capitale e sostiene la sua tesi con validi argomenti.

Quindi il Congresso passa a discutere la questione interna dell'organico centrale. Il bilancio preventivo 1925 è approvato e l'assemblea applaude il cassiere dott. Carobbio per l'opera prestata. Al Congresso a questo punto viene comunicato un telegramma della sezione Triestina dei medici condotti. L'assemblea saluta con applausi il ricordo di Trieste.

Il dott. Patricelli riferisce intanto sul punto 6° dell'ordine del giorno che dice «riforma dello statuto» e sull'art. 11 e art. 9 del regolamento per meglio fissare le norme per la espulsione di un socio e precisare gli estremi della indegnità.

***

Martedì, 17 settembre, nelle ore antimeridiane il Congresso ascoltò la relazione del dott. Micheli sulle commissioni e graduatorie per i concorsi a condotte mediche. A discussione ultimata il Congresso ha approvato il seguente ordine del giorno:

«Il Congresso, considerato che per valutare adeguatamente nei concorsi a condotte mediche i documenti e i titoli prodotti da aspiranti in servizio presso altre condotte mediche, è necessario che della commissione esaminatrice uno dei tre membri sia un medico condotto titolare della provincia;

considerato che uno dei gravi inconvenienti è quello che nelle graduatorie si nota un gran numero di concorrenti classificati eleggibili e perchè anche da parte dei meno preparati si raggiunga la eleggibilità;

considerato che a tale grave danno dalla classe sempre lamentato, pur rimanendo nei limiti della legge, si può ovviare abolendo da parte delle commissioni i gruppi ex-equo di maniera che gli eleggibili qualunque sia il numero di concorrenti non sarebbero più di quattro, propone:

1° di invitare i soci facenti parte dei Consigli dell'Ordine dei medici a provocare nel seno dei Consigli stessi un invito alla superiore autorità prefettizia, affinchè a far parte delle commissioni provinciali esaminatrici di concorso a condotte mediche, venga invitato sempre almeno un medico condotto titolare della provincia;

2° invitare i colleghi facenti parte delle commissioni suddette ad attenersi scrupolosamente al succitato metodo di classifica il quale sempre rispetti la legge e far sì che qualunque sia il numero dei concorrenti soltanto i migliori possano riuscire eleggibili, e dà nello stesso tempo alle amministrazioni comunali la facoltà di scelta tra un numero di quattro professionisti di indiscusso merito, numero superiore a quello che essa abbia in tutti gli altri concorsi per impieghi comunali».

Proseguendo nella trattazione dell'ordine del giorno, il Congresso ha quindi discusso il tema dello stato economico e giuridico delle condotte mediche, nei riguardi della provincializzazione o statizzazione delle condotte. I dottori Pibilli e Feraco hanno esposto in modo esauriente il problema chiedendo che la condotta medica sia posta alla dipendenza delle provincie e dello Stato col trattamento di tutti i laureati statali. Il Congresso ha accettato tale proposta e in questo senso è stato redatto un ordine del giorno che venne approvato ad unanimità. È seguita quindi la trattazione del pagamento degli stipendi ai medici condotti meridionali (relatore dott. Poerio).

I congressisti poi si sono dedicati allo studio della questione del pubblico elenco.

A questo proposito il Congresso si è trovato concorde nell'esprimere un motivato ordine del giorno col quale esplicitamente si invita il nuovo direttorio a interessarsi, perchè venga ottenuta la revoca della disposizione attuale di legge, con altra apposita legge nei confronti del secondo elenco.

Gli ultimi temi del Congresso riguardano il riposo annuale del medico condotto, la propaganda igienica rurale, la lotta antimalarica e quella antitubercolare. Su di essi il Congresso si ferma con questo ordine del giorno:

«Il 18° Congresso confermando l'analogo voto

approvato dal Congresso precedente, insiste sulla opportunità di una viva partecipazione da parte dei medici condotti, dei piccoli centri, alla lotta contro la tubercolosi nelle regioni maggiormente colpite da questo flagello, e delibera un rapido ed attivo interessamento in merito al Sindacato Nazionale dei medici condotti secondo i criteri esposti nella relazione ».

Il Congresso ha così virtualmente finita la trattazione del lungo ordine del giorno dei suoi lavori.

Prima che la seduta antimeridiana termini, il segretario generale propone, ed il Congresso approva fra grandi applausi, l'invio a S. E. l'on. Mussolini di un telegramma di augurale deferenza. Ecco il testo:

« Congressisti Sindacato Nazionale medici condotti riconfermando voti plebiscitaria adesione corporazione sindacale fascista, invia al capo del Governo deferente saluto auspicando valorizzazione Sindacato per riforma sanitaria e per soluzione problema igienico sanitario della Nazione. — Firmato dott. Vacino ».

Un altro telegramma è inviato al comm. on. Rossoni, presidente generale della Confederazione delle Corporazioni fasciste.

Le elezioni del direttorio dettero il seguente risultato: Vacino, segretario generale, con voti 5351; Fatichi con voti 5331; Cocito con voti 5296; Montano con voti 4997; Percaccini con voti 4883; Parodi con voti 4605; Tonelli con voti 4597; Oetti con voti 4455 e Balastrelli con voti 3919.

Il dott. Vacino nel chiudere il 18° Congresso Nazionale dei medici rivolge un caldo saluto a Trento ospitale. Ringrazia della sua nomina a segretario generale. Annuncia che il 19° Congresso Nazionale avrà luogo a Siracusa. Grandi applausi e grida di « Viva Trento » chiudono il 18° Congresso.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

(*Continuazione; vedi fasc. 39*).

Corpo d'armata di Milano.

	Lire
Dott. Alfredo Gaetini, Milano	25
Dott. G. Signorile, id.	25
Dott. Alberto Zopegni, id.	25
Prof. Giovanni Alevi, id.	20
Dott. Enrico Ponzoni, id.	25
Dott. Riccardo Pozzi, id.	25
Dott. Benedetto Agazzi, id.	25
Prof. A. De Simoni, id.	15
Dott. Guido Cecconi, id.	25
Istituto Urologico Milanese	100
Dott. Pietro Rossi, Milano	30
Dott. Agostino Carrera, id.	25
Dott. Luigi Resnati, id.	100
Dott. Achille Aliprandi, id.	100
Dott. Emilio Signorini, id.	50
Dott. Edoardo Zucchi, id.	20
Dott. Angelo Arcelli, id.	25
Dott. Carlo Bussola, id.	50
Dott. L. Arrigone, id.	25
Dott. A. Binda, id.	100
Dott. Carlo Vegezzi, id.	25
Dott. Eugenio Brugnatelli, id.	25
Dott. Luigi Fezzi, id.	25
Dott. Beno Reverdini, id.	30
Dott. C. Monti Guarnieri, id.	25
Dott. Angelo Ricotti, id.	20
Dott. G. Cattani, id.	25
Dott. G. Agostini, id.	25
Dott. G. Cerevimi, id.	25
Prof. Ugo Trevisan, Milano	50
Dott. Francesco Zanuso, id.	25
Dott. Balderesco Baldereschi, id.	25
Dott. C. Giongio, id.	100
Mutua Farmaceutica Italiana, id.	100
Dott. Raffaele Iona, id.	20
Dott. Raoul Mori, id.	25
Dott. G. e F. Ferri, id.	50
Dott. Saverio Morabito, id.	25
Dott. Pietro Dompè, id.	25
Dott. Linita Seretta, id.	25
Dott. Angelo Roghi, id.	20
Dott. Gino Sterchele, id.	20
Dott. Giuseppe Tommasini, id.	25
Prof. Luigi Ferri, id.	50
Prof. Crini Franco, id.	25
Dott. Cagnola Amedeo, id.	50
Dott. Muratore Alessandro, id.	50
Dott. Corbellini Amilcare, id.	25
Dott. Segattini Luigi, id.	50
Dott. Nicolaj Lucio, id.	25
Dott. Alignani Pasquale, id.	50
Dott. Pera Luigi, id.	25
Dott. Bossi Pietro, id.	50
Dott. Paravicini Giuseppe, id.	70
Dott. Scheneider F., id.	50
Dott. Bareggi Guido, id.	50
Ditta Rapetti & Quadrio	50
Dott. Montobbio Potito, id.	25
Dott. Gardellini A., id.	25
Dott. Todeschini Gino, id.	30
Dott. Rossi Giovanni, id.	30
Dott. Mariani Giulio, id.	25
Dott. Borioli Gino, id.	30
Dott. Orlandi Agostino, id.	50
Dott. Bianchi Felice, id.	50
Dott. Facenti A., id.	50
Dott. Agnoletto Vittorio, id.	25
Dott. Cipollini U., id.	100
Prof. Frassi L., id.	50
Dott. Costa Costantino, id.	20
Dott. Gennarini Giuseppe, id.	30
Dott. Gardini Aleardo, id.	20
Dott. Scalfi Antonio, id.	25
Dott. Gilardini Giovanni, id.	20
Dott. Brambilla Luigi, id.	20
Dott. Muttini Camillo, id.	25
Dott. Poggi Langostrevi G., id.	25
Dott. Guerra Giuseppe, id.	30
Dott. Bellan Gaetano, id.	25
Dott. Ciserani Cesare, id.	50
Dott. Lualdi Ambrogio, id.	50
Dott. Mainoni Romolo, id.	25
Dott. Monti Giovanni, id.	25
Dott. Grossi Giuseppe, id.	20
Dott. Riva-Rocci Piero, id.	25
Dott. Grenni Adolfo, id.	50
Dott. Perabò F., id.	30
Dott. Marzoli Celso, id.	25
Dott. Agnesi Giuseppe, id.	25
Dott. Maffioli L., id.	25

(Continua).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ASCOLI PICENO. — Medico del Dispensario celtico comunale, per la profilassi e la cura gratuita d. sifil. e d. mal. veneree; L. 6000; nomina e conferme triennali. Tassa ammissione L. 50 (quitanza dell'Economato comun.). Esami. Serv. entro 15 g. Scad. 10 ottobre. Chiedere annunzio.

CAMPOGALLIANO (*Modena*). — Al 20 ott. Stipendio L. 8000; trasp. L. 2500; uff. san. L. 800; doppio c.-v.; ambul. L. 700. Abit. 6000, pov. 400.

CANNARA (*Perugia*). — A tutto 30 ott. Condotta egual primaria. Età lim. 40. Servizio alternato semestralmente nelle due condotte. L. 50.10 al Tesoriere. L. 6960 pei pov., c.-v., L. 2000 cav., L. 600 disagiato servizio.

CASTELVERDE (*Cremona*). — Con Tredossi. A tutto 30 ottobre. L. 7800 residenza; aumenti fino al 50 % dopo 20 anni; L. 2000 addizion. fino a 1000 pov.; L. 2 ogni pov. in più; L. 1500 trasp., salvo che il medico non voglia servirsi di cavallo e carrozza, nel qual caso applicasi art. 29 cap. f. Regolamento; L. 500 uff. san.; c.-v. nella misura stabilita dai Comuni fascisti. Biennio di osped. o cond. Accettazione entro 5 giorni. Poveri 2800.

CASTIGLIONE DELLA PESCAIA (*Grosseto*). — Per Vetulonia; L. 9000. Proroga al 30 ottobre.

CASTIGLION FIORENTINO (*Arezzo*). *Ospedali Riuniti*. — A tutto il 15 ott. Direttore-chirurgo; età limite 35 a.; biennio di aiuto in clinica chir. od osped. import. e pratica ostetr.-ginec.; ovvero di primario chirurgo in osped. import. L. 8500 oltre L. 1200 c.-v.; tre quinq. di L. 500; 50 % proventi ambulatorio e tasse operaz. chirurgiche; quartiere gratuito al piano super. dell'Istituto ospitaliero (10 spaziosi ambienti).

COSENZA. *Ospedale Civile*. — Terzo posto di medico ordinario adibito a chirurgo aiuto e incaricato del gabinetto d'indagini cliniche. Scad. 15 ott. Titoli comprovanti la competenza nelle due branche richieste. L. 2400 (*sic*) annue. Nomina e conferma quinquennali. A parità di titoli sarà preferito il concorrente appartenente a famiglia della prov.

FABRICA DI ROMA (*Roma*). — L. 9000 per 2000 pov., L. 300 per uff. san., c.-v., 5 quadrienni dec. Età lim. 40. L. 50.10 all'Esattore. Serv. entro gg. 10 (*sic*). Scad. 31 ottobre.

FORLÌ. *Congregazione di Carità*. — Due aiuti e due assistenti per l'Ospedale Civile Morgagni. Proroga 15 ottobre.

GENOVA. — Scad. 23 ott. Medico batteriologo; L. 11,000 e 8 bienni di L. 500, oltre c.-v. nella misura degli altri impiegati del Comune.

GROSSETO. *R. Prefettura*. — Ufficiale sanitario del capoluogo. Proroga al 15 ottobre.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — Dirigente dell'Ambulatorio Comunale curativo antitubercolare; L. 6000; età lim. 44. Vice-dirigente e assistente id.; L. 5000 ciasc. Medico assistente interno residente nell'Ospedale per malati tubercolosi in Garbagnate; L. 5500, alloggio, ecc.; esami. Assistente dell'Ambulatorio Comunale di Medicina interna; L. 2040; non meno di due ore di servizio giornaliero. Per gli ultimi 4 posti età lim. 39. Giorni 30 di vacanza annuale. Tassa com. L. 50. Scad. ore 16 del 31 ott. Documenti all'Ufficio di Protocollo (via Ospedale, 5). Per informazioni rivolgersi alla Direzione degli Istituti.

Medico ispettore; L. 13,000; c.-v. di Stato; bienni fino a L. 24,000 dopo il 20° anno; L. 15 servizio notturno. Età mass. 39 a. Esami (igiene; legislaz. e assist. sanit.; batteriol. e microsc.). Chiedere annunzio alla Direz. Tassa L. 50, al Cassiere. Docum. al Protocollo non oltre ore 16 del 15 nov.

MOIO ALCANTARA (*Messina*). — A tutto 25 ott. L. 6000 pei poveri.

OFFIDA (*Ascoli Piceno*). — A tutto 15 ott. 3ª cond., per Ciafone; L. 7000 resid., L. 1000 p. 1000 pov., due c.-v.; tempor. L. 4000 a *forfait* pei semi-abbienti. Chiedere ann. Vaglia L. 50.15 al tesor. com.

PIANDIMELETO (*Pesaro-Urbino*). — Scad. 20 ott., per tre Comuni; L. 7000 salvo decisioni G. P. A. sul minimo; dieci bienni ventesimo; 1° c.-v.; lire 3000 cav.; L. 200 ogni 1000 abit. se uff. san.

PIEDIMONTE SANGERMANO (*Caserta*). — Posto medico condotto vacante cercasi subito interino cura poveri, stipendio 6000 oltre indennità cavalcatura, salvo miglioramenti in corso di approvazione, assunzione servizio 10 ottobre, dimora stabile nel Comune, probabile nomina stabile. Inviare domanda documenti sindaco.

ROMA. *Azienda delle Tramvie Municipali*. — Medico fiduciario. Scad. ore 15 del 15 ott. Limiti età: a. 35-50. L. 1400 mensili; tessera libero percorso. Accettaz. entro 15 g. È consentito il libero esercizio profess. Chiedere annunzio e capitolato alla Direzione (via Volturno 59, Roma).

SAN SALVO (*Chieti*). — Scad. 15 ott. L. 4500 (*sic*); se i poveri supereranno 250 ma non mai 500, il Comune può portare lo stip. a L. 5000 (*sic*); quinquenni decimo (non più di 4); L. 500 se uff. san.

Concorsi nell'Amministrazione della Sanità Pubblica.

Con decreti ministeriali 15 settembre corrente, pubblicati nella *Gazzetta Ufficiale* del 22, sono stati banditi i seguenti concorsi:

1° per 50 posti di medico provinciale aggiunto di 2ª classe; stip. L. 9500 più supplem. L. 600; età lim. 30;

2° per 9 posti di assistente chimico nel Laboratorio chimico della Sanità Pubblica; stip. lire 11,600 più suppl. L. 800; età lim. 30;

3° per 2 posti di assistente medico nel Laboratorio di Micrografia e Batteriologia della Sanità Pubblica; stesse condizioni;

4° per 1 posto di assistente veterinario nello stesso Laboratorio di Micrografia e Batteriologia; stesse condizioni.

La presentazione dei documenti, da parte degli aspiranti, dovrà avvenire entro trenta giorni dalla pubblicazione dei bandi di concorso nella *Gazz. Uff.*

Per chiarimenti rivolgersi alla Direzione generale della Sanità Pubblica del Ministero dell'Interno, Ufficio affari generali.

NOTIZIE DIVERSE.

III Congresso internazionale di Medicina e di Farmacia militare.

Avrà luogo a Parigi dal 20 al 25 aprile 1925; vi sono invitati tutti gli ufficiali del servizio sanitario dell'Esercito e della Marina militare i quali appartengano od abbiano appartenuto a nazioni alleate, associate o neutre. Il Comitato organizzatore è presieduto dall'ispettore generale medico Vincent, dell'Esercito francese; un Commissario è particolarmente incaricato della preparazione materiale. Ne daremo ulteriori notizie quando ci saranno pervenute; intanto riferiamo i temi posti in discussione: 1) Sulla specializzazione tecnica come base di funzionamento del servizio sanitario. Sua applicazione alle diverse tappe del servizio. Paesi relatori: Francia, Irlanda. 2) Metodo di selezione degli effettivi (con particolare riguardo alla tubercolosi). Paesi relatori: Francia, Polonia, Argentina. 3) Eziologia e trattamento delle artriti traumatiche e loro sequele. Paesi relatori: Francia e Belgio. 4) Metodo d'analisi del materiale di medicazione e di sutura. Paesi relatori: Francia e Rumania. Le relazioni devono pervenire al Comitato non oltre il 1° gennaio 1925.

Verranno organizzate anche delle dimostrazioni del materiale tecnico del Servizio sanitario militare, costituito in formazioni di campagna, e una Esposizione industriale.

VI Congresso Italiano di Radiologia medica.

Si terrà a Trieste dal 7 al 10 maggio 1925 sotto la presidenza del dott. Massimiliano Gortan.

I dettagli riguardo l'organizzazione del Congresso e lo svolgimento dei lavori verranno comunicati ai soci della Soc. It. Rad. Med.

Sarà tenuta una mostra di radiografie di particolare interesse e, come sempre, vi sarà una Esposizione di apparecchi radiologici.

Nella Lega italiana d'Igiene mentale.

In un'adunanza tenutasi nella Biblioteca dell'Ospedale Maggiore di Milano, auspice il professor Medea, si è costituita la « Sezione Lombarda » della Lega d'igiene mentale, sorta ad iniziativa dell'Istituto italiano d'igiene, previdenza ed assistenza sociale. Fu nominato il Comitato provvisorio come segue: presidente, Medea; membri: Antonini, Beduschi, Cerletti, Muggia, Seppilli, Gonzales tesoriere, Cerberi segretario, Arpesani vice-segretario. Furono aggiunti Maggiotto, Lugiato, Bergonzoli e Rebizzi.

Scuola di perfezionamento in Clinica pediatrica.

Questa Scuola, del R. Istituto superiore per studi di perfezionamento in Firenze, diretta dal prof. Carlo Comba, ha aperto le iscrizioni per un corso biennale che avrà inizio nel mese di novembre prossimo.

Gl'inscritti al 1° anno devono frequentare i corsi integrativi sull'accrescimento normale (prof. Luigi Castaldi), sul ricambio materiale ed energetico del bambino (prof. Gilberto Rossi) e sulla terapia nell'età infantile (prof. Giusto Coronedi); la frequenza di tali corsi è facoltativa per gl'inscritti al 2° anno.

Il diploma di perfezionamento sarà conseguito dopo presentazione e discussione di una tesi scritta, alla quale seguiranno prove cliniche: conferisce il diritto alla qualifica di « specialista pediatra » secondo il disposto dell'art. 4 del R. D. 31 dicembre 1923, n. 2909.

Per informazioni e chiarimenti rivolgersi alla Direzione della Scuola presso la Clinica Pediatrica, Ospedale Anna Meyer, via Mameli, 115 - Firenze (23).

Denuncia di sostanze radioattive.

Con Decreto del Ministro per l'Economia nazionale del 10 giugno 1924 è stato approvato il Regolamento che disciplina la ricerca e la utilizzazione delle sostanze radioattive. Esso, pubblicato nel n. 167 della *Gazzetta ufficiale,* dispone che chiunque possegga sostanze o preparati radioattivi debba farne denunzia entro il termine di due mesi al Ministero dell'Economia nazionale (Ispettorato generale delle miniere e dei combustibili) il quale disporrà la prima misura ed il campionamento del materiale. Le successive misure saranno eseguite ogni due anni a cura dell'Ufficio per le sostanze radioattive che ha sede presso l'Istituto di fisica della R. Università di Roma.

Il possessore, inviando la sostanza a questo ufficio, dovrà assicurarla contro ogni rischio presso una società di assicurazione e dovrà corrispondere uno speciale diritto di taratura. Compiute le operazioni, l'Ufficio rilascerà un certificato con i risultati della misura che dovrà essere esibito in ogni momento.

Per un Sanatorio Antitubercolare a Caltanissetta.

È sorto un Comitato per la costruzione di un Sanatorio Antitubercolare a Caltanissetta, sotto la presidenza della baronessa Eugenia Giordano Starabba, cui il Segretario del presidente del Consiglio dei Ministri — on. barone Paolucci De' Calboli — ha comunicato che S. E. Mussolini ha destinato all'iniziativa la somma di L. 250,000, quota parte di oblazione pervenuta dal sig. Sora, residente all'estero: somma già messa a disposizione del R. Prefetto che la consegnerà non appena l'opera del Comitato sarà tanto intensificata da permettere con altri fondi di iniziare i lavori.

Esami di Stato.

La *Gazz. Uff.* del 22 settembre 1924, n. 222, reca il R. Decreto 29 giugno 1924, n. 1388, per l'« Approvazione del Regolamento di abilitazione all'esercizio delle professioni di Medico-chirurgo, Odontoiatra, ecc. ».

Il Regolamento si compone di 67 articoli.

Una casa degli studenti a Rosario.

La Repubblica Argentina conta tra le sue più importanti Facoltà mediche quella di Rosario.

L'11 luglio, in occasione del cinquantenario del Collegio Nazionale, si è proceduto all'inaugurazione di una «Casa degli studenti», che venne consegnata, con grande pompa, alle autorità universitarie; essa è stata edificata mediante sottoscrizioni pubbliche, per iniziativa del decano della Facoltà medica prof. Araya; contributi cospicui sono stati versati dal Governo, dalla Provincia, dal Municipio, dall'Università, dal corpo professorale della Facoltà medica, dai più importanti industriali e commercianti della città.

Tra i deputati medici.

«L'Avvenire Sanitario» reca le seguenti notizie sull'on. Alessandro Guaccero. È nato a Palo del Colle (Bari) nel 1878; si laureò giovanissimo; prestò servizio di guerra; dirige a Triggiano un Istituto ortopedico per i mutilati di guerra; i combattenti lo mandarono alla Camera nel 1919; rieletto nel 1921, fece parte del gruppo agrario; è rientrato a Montecitorio nella circoscrizione pugliese della lista nazionale di minoranza; si è interessato dei problemi riguardanti la classe sanitaria.

Vittima della scienza.

In seguito ad un'infezione contratta per ragioni di studio, in laboratorio, è morto a Milano lo studente in medicina Marco Radaelli, figlio del prof. Giuseppe. Vada un riverente e commosso saluto alla sua memoria.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 - Tip. Cartiere Centrali (S). L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXXI Roma, 13 Ottobre 1924 Fasc. 41

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.
diretta dal prof. R. ALESSANDRI.

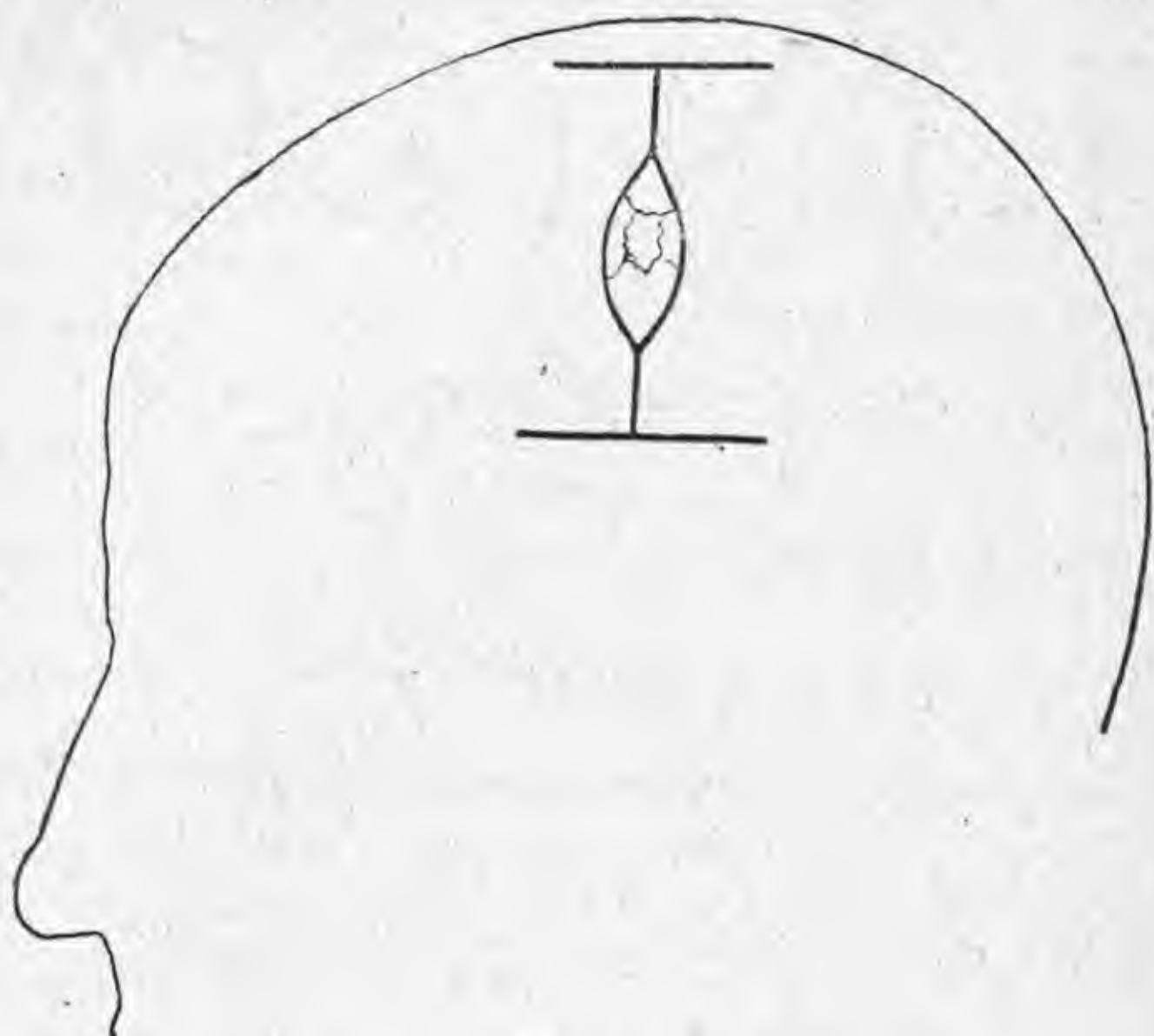
Su un metodo personale per il trattamento osteoplastico di fratture esposte e di breccie secondarie della volta cranica.

Dottor GINO BAGGIO, aiuto.

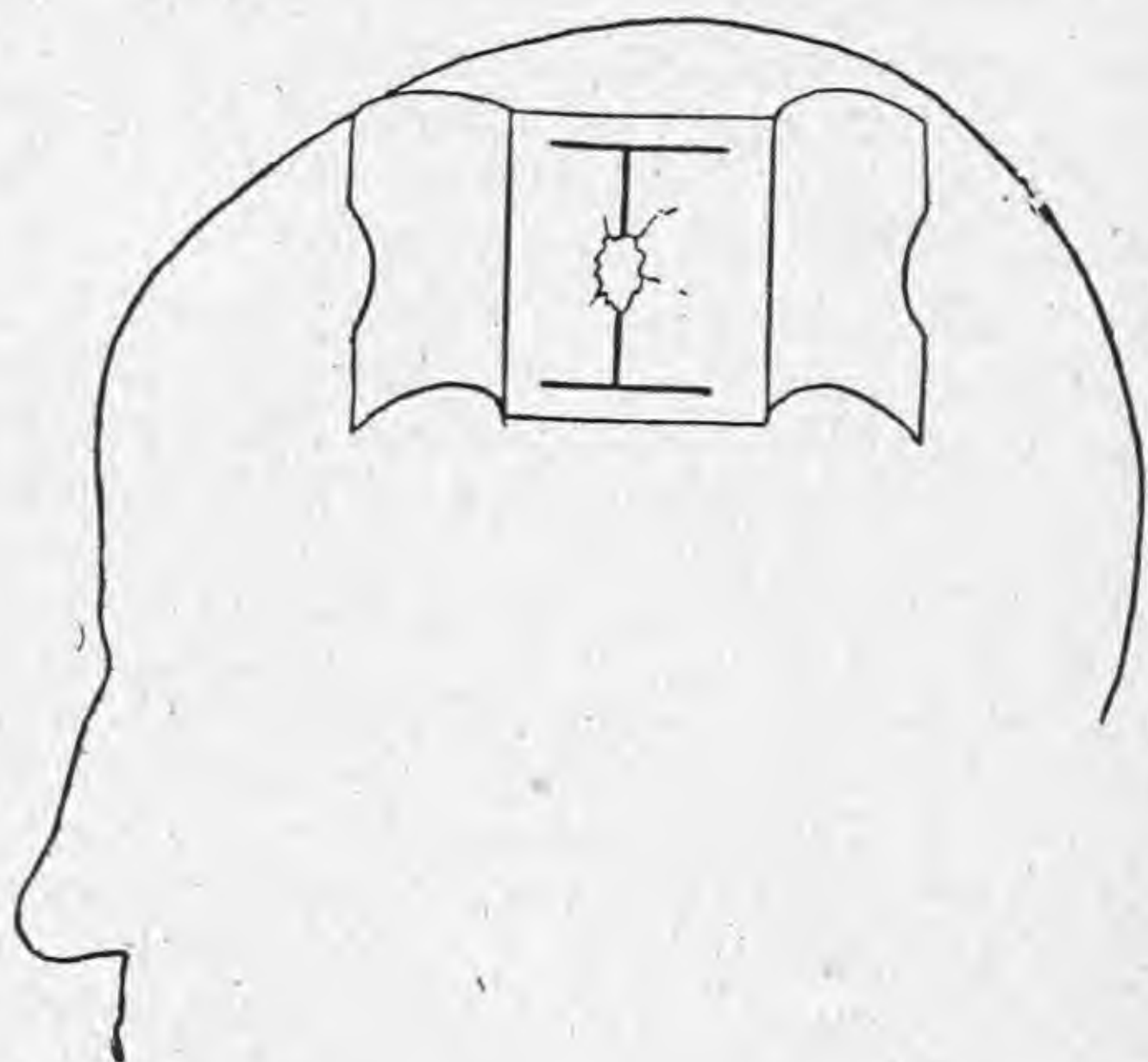
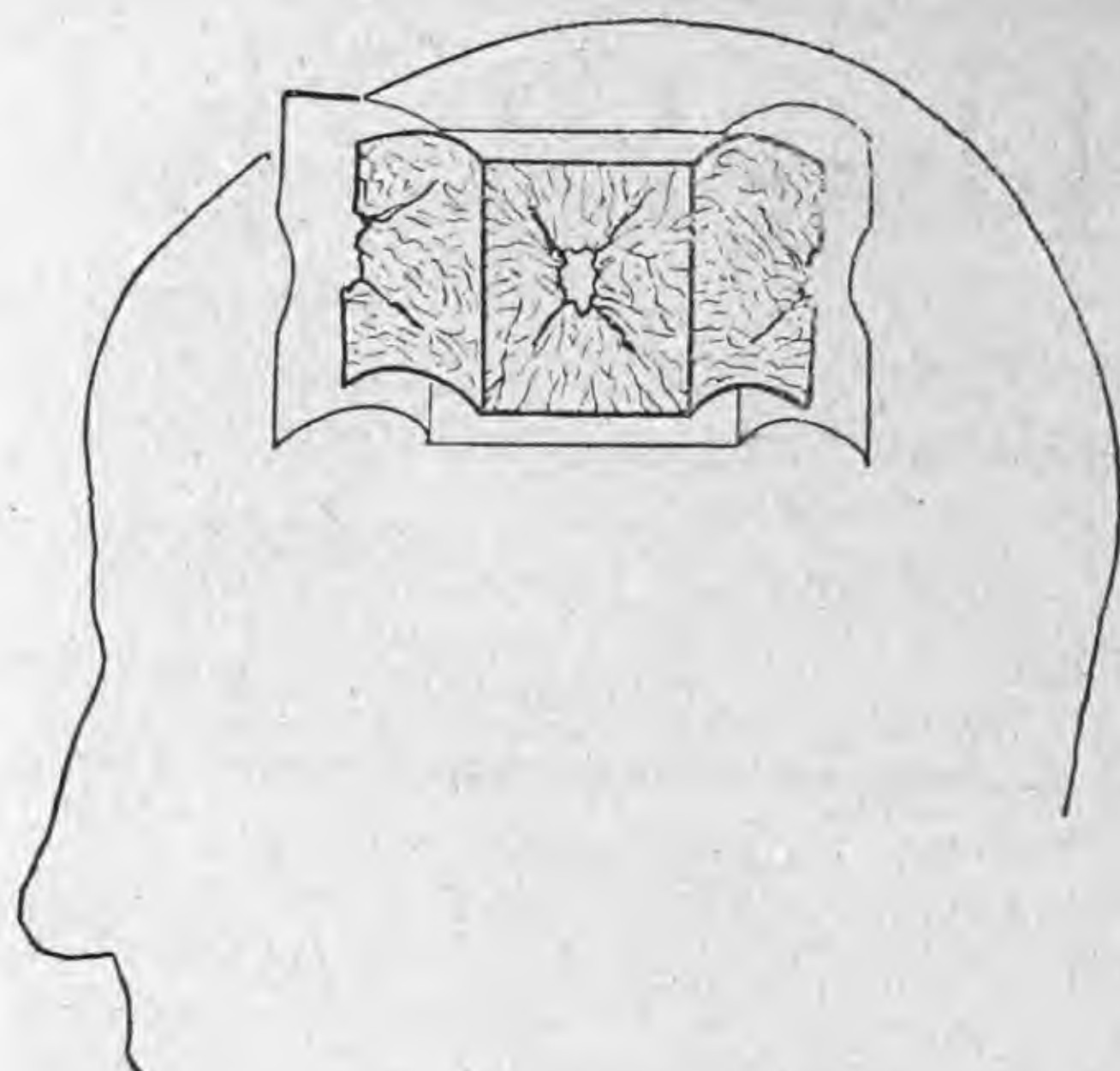
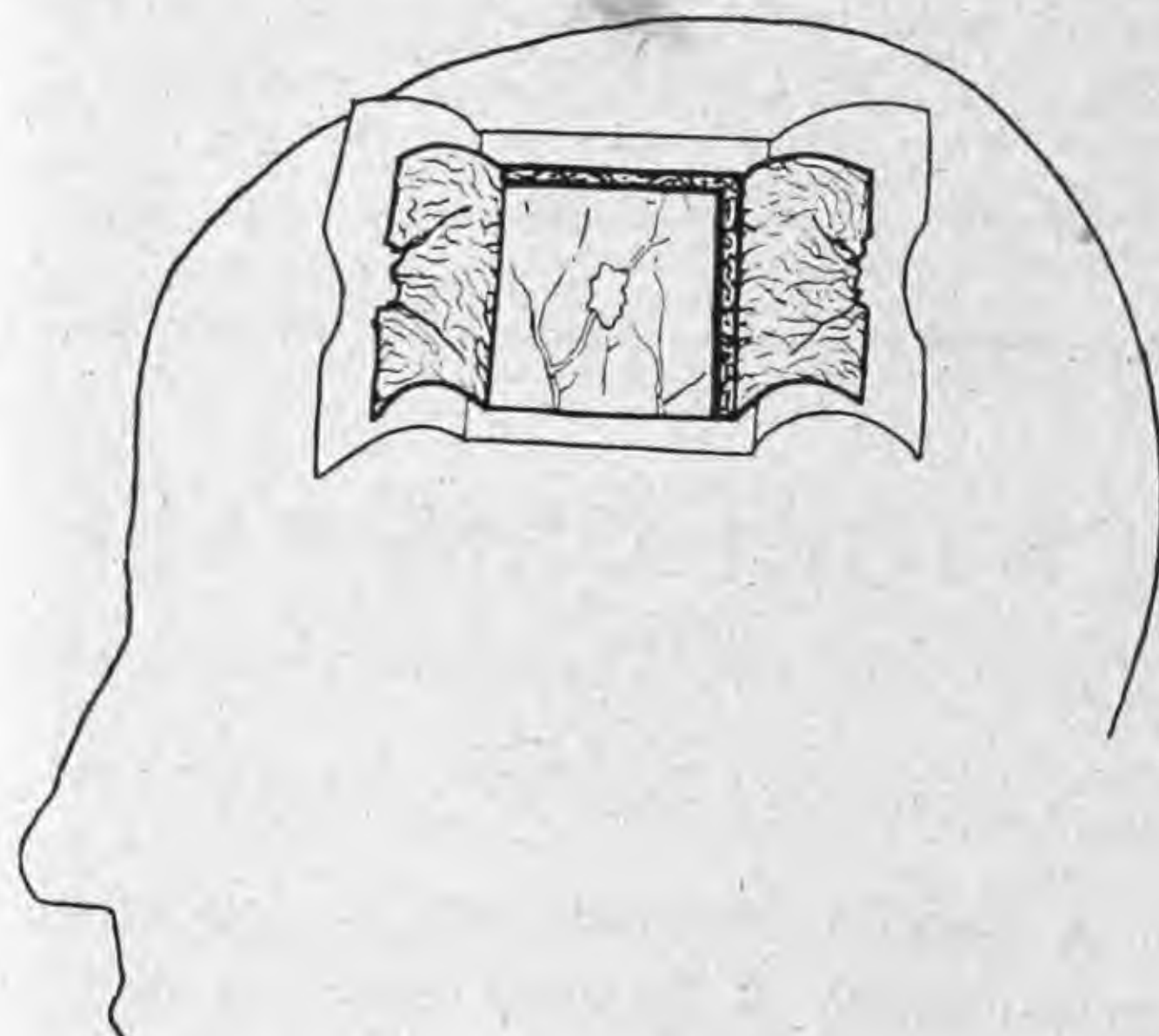
Una comunicazione di Chiasserini alla R. Accademia Medica di Roma, nella seduta del 31 Maggio u. s., richiamava l'attenzione dei chirurgi sulla opportunità di provvedere — quando si interviene per ferite esposte del cranio coll'intendimento di richiudere per prima — anche alla ricostruzione della parete ossea.

Dell'utilità di tale condotta io sono tanto convinto, che ritengo opportuno rievocare una mia pubblicazione del 1919 nella « Clinica Chirurgica », la quale, sotto il titolo « Il nuovo indirizzo chirurgico e la mia esperienza nella pratica di guerra » esponeva — a proposito delle ferite craniche — precisamente questo concetto. Concetto che ho seguito sistematicamente fin da quando fu dimostrata la convenienza di trattare le ferite craniche — come le ferite, in genere, che ne siano suscettibili, — per primam. Concetto che mi riservavo di illustrare nuovamente quando me ne avesse offerto occasione anche la pratica di pace, perchè speravo che avrei potuto raccogliere, in tal caso, quelle dimostrative prove sull'attendibilità del metodo, che — disgraziatamente — ho perduto quasi del tutto durante la guerra. E se richiamo, invece, lo stesso quel concetto nonostante che tale occasione di applicarlo in pace non abbia avuto fin'ora, si è perchè mi pare di averlo messo in esecuzione con certe modalità che lo distinguono dagli altri metodi simili, e — io direi — su questi gli assicurano qualche vantaggio.

Scrivevo nella mia suddetta pubblicazione: Quelle del cranio furono le prime ferite sulle quali mi decisi di richiudere completamente.

... Per la tecnica: poichè l'idea della chiusura si completa in quella della ricostruzione, intervenendo sul cranio col proposito di richiudere, io penso, non soltanto alle parti molli, ma anche all'osso, ed eseguo — in luogo della craniotomia definitiva — la craniotomia plastica a lembi osteo-periostali.

(vedi il testo più avanti).

Escido i margini della ferita del cuoio capelluto dando ad essa la forma di losanga. Prolungo i due estremi dell'asse longitudinale di questa, e scollo fino ad avere spazio sufficiente per dominare la frattura e per compiere il resto dell'intervento.

Pulisco, escidendo, i nuovi strati che si presentano sott'occhio; e poi incido sul periostio, da una parte e dall'altra della perforazione ossea, secondo l'asse della losanga delle parti molli. Due altre incisioni sul periostio, agli estremi della prima e in direzione normale ad essa, completano il tracciato di due lembi che dovranno aprirsi a sportello in senso opposto fra di loro e centrifugamente alla lesione.

Con lo scalpello intacco l'osso lungo le incisioni del periostio e cerco di approfondarmi fino alla diplee. Mediante uno scalpello curvo sul manico — e anche con uno retto se non posso disporre di quello — procedo ora tangenzialmente dai margini dei lembi alla base, e su questa li fratturo sollevandoli.

Asporto diplee e vitrea che rimangono al di sotto, e mi trovo ad avere così una breccia di accesso alla dura, che di solito può misurare 4-5 cent. di lato.

Se è necessario, incido anche sulla dura. Se posso farne a meno, ispeziono ed esploro la ferita dell'encefalo attraverso l'apertura durale originaria. Asporto i corpi estranei che vedo o che sento nella massa cerebrale, provvedo alla migliore pulitura possibile, provvedo all'emostasi e richiudo la breccia durale con punti staccati di catgut. Ribatto i lembi osteoperiostali e li fisso con pochi punti staccati. Accollo i margini del cuoio capelluto e li affronto completamente con punti di seta.

Tutto questo però nel caso più semplice. Può darsi invece che per l'estensione della frattura non basti più l'incisione lineare sulle parti molli, e sia necessario scolpire dei lembi anche su questi. Può darsi che i lembi osteo-periostali debbano essere estesi più in una direzione che in un'altra. Se la breccia cranica operatoria

risulta insufficiente al dominio delle lesioni sottostanti, si può formare un altro, e anche due altri nuovi lembi, aprentisi in direzione normali ai primi. Si possono prolungare i lembi originarii oltre la base. Però, se l'aumento di spazio richiesto non è molto, si può allargare la breccia anche asportando la parete cranica a tutto spessore: sia in corrispondenza dei limiti dei lembi, sia alla loro base. Questi, una volta ribattuti, pure non colmando la perdita di sostanza, assicurano sempre una chiusura sufficiente. L'essenziale è che vengano a trovarsi fin da principio entro il campo della lesione. Perchè il criterio informatore di tutta la tecnica è quello di procedere all'esame e al trattamento della ferita come se fosse una ferita di parti molli: di procedere a strati per garantire meglio la sterilizzazione meccanica, e di fare in modo che dovendo riaprire, pure asportata la parte ossea dei lembi, non rimanga una perdita di sostanza maggiore di quella che si sarebbe dovuto fare se si fosse praticata la breccia a tutto spessore fin da principio. Chè se invece il risultato è favorevole, il deficit di protezione ossea diventa trascurabile anche dove asportando per intero si sarebbe prodotta un'apertura considerevolissima.

Come si legge, il mio procedimento operativo si fonda su due capisaldi:

1) Trattandosi di ferite, noi lavoriamo su terreno che è potenzialmente inquinato. Quantunque questo nostro lavoro sia subordinato alla premessa di ottenere con esso anche la sterilizzazione del campo operativo, la prudenza di cruentare il meno possibile mi pare saggia. Ed io miro ad ottenere la ricostruzione senza cruentare nulla di più di quanto sarebbe indispensabile anche volendo eseguire la craniotomia definitiva, ossia la craniectomia.

2) Questa limitazione di cruentazione limita necessariamente anche la ricostruzione. Ed io mi propongo infatti di ricostruire soltanto quella parte di volta cranica che abbatto operatoriamente. Ma trovo che basti, perchè la vera e propria perdita originaria di sostanza cranica, nelle ferite d'arma da fuoco, è di solito assai limitata anche dove la frattura sia estesa; e nelle fratture per traumi diretti, ordinariamente manca del tutto: cosicchè nei riguardi della protezione cranica può essere trascurata.

Sarà invece la breccia cranica ampia fino ab origine; e non ci saranno grossi frammenti riuniti ancora al periostio, che possano essere utilizzati alla mia maniera (il che pure talvolta è possibile)?

Nulla impedirà che — aperta la nuova breccia operatoria, ossia ampliata chirurgicamente la breccia originaria fino a seguire le diramazioni della frattura ed ispezionare largamente la dura e con essa la superficie cerebrale (che tante volte sono compromesse da scheggie della vitrea formatesi anche dove le condizioni del tavolato esterno non lo farebbero supporre) e riparato a modo mio a questa demolizione secondaria — si possa provvedere alla chiusura della breccia primitiva con lembi ossei ribattuti dalle vicinanze, come fa, appunto, Chiasserini. Ma, anche in tal caso, si sarà rispettato il principio di ottenere il massimo rendimento col minimo sacrificio.

In base a questo precetto io credo anzi (e, riservandomi di provarlo anche questo al caso pratico, lo annuncio, come idea, fin da ora) credo, dico, che il comportamento da me adottato per le ferite esposte del cranio possa trovare una razionale applicazione anche nelle plastiche di secondo tempo.

Qui si tratta di ricolmare una perdita di sostanza già costituita; ma qui pure, non è alla breccia ossea soltanto che si deve provvedere, sì bene anche all'encefalo. Di solito è per fenomeni di epilessia Jacksoniana che si interviene: o poco o molto, la breccia deve essere anche qui ingrandita. Ebbene, anche qui io penso che quel tanto di ingrandimento della breccia che noi determiniamo ex novo convenga farlo col procedimento della craniotomia temporanea con lembo osteo-peristale a spessore incompleto. Il lembo che comprenda addirittura osso e cute si presta male, perchè la breccia ossea deve essere esaminata anche in questo caso accendendole direttamente, mettendo cioè la parete cranica allo scoperto: molte volte essa è ricolmata parzialmente da tessuto fibroso che in apparenza la riduce di molto: non la si potrebbe riconoscere a sufficienza lasciando il cuoio capelluto aderente al pericranio. Ben si presta invece il lembo che sia semplicemente osteo-periostale. Si solleva il lembo; ossia si sollevano i lembi, si abbatte la diploe e la vitrea che sottostanno, si provvede all'encefalo, si plasticherà la dura, e, riadattati i lembi osteo-periostali, si penserà a ricolmare la breccia primitiva con altri lembi osteo-periostali arrovesciati. Meglio ancora, si potrà disporre, sotto, i lembi arrovesciati, e sopra, i riadattati, embricando gli uni con gli altri.

Così facendo, si verrebbe a innestare il precedimento economico che io ho eseguito per le ferite esposte, sulla cranioplastica che ha avuto il battesimo di cranioplastica alla Alessandri (Giorgi, *Pol.* prat. 1923).

Per quanto riguarda risultati di applicazioni mie, applicazioni cioè per sole fratture esposte, già ho detto di non possedere più nulla che sia materiale dimostrativo, perchè, durante il ripiegamento dell'esercito dall'Isonzo al Piave, ho perduto tutta la mia vera statistica di guerra: specialmente di interventi sul cranio che eseguii nel massimo numero a Gorizia. Devo rinunciare quindi anche ad ogni qualsiasi tentativo di revisione degli operati ad epoca lontana. Di un solo individuo operato dopo il ripiegamento ebbi notizia a distanza di parecchi mesi, e le notizie fornitemi da un collega, ora compianto, che l'aveva visto operare, furono di averlo poi ritrovato al fronte: l'esito non doveva essere stato cattivo di certo.

Una mia pubblicazione del 1911, sulle autoplastiche ossee del cranio, mi dispensa dal fare qui la storia dei lembi cranici. Ma ripeterò soltanto che l'idea di richiudere in primo tempo le breccie craniche operatorie fu studiata sull'animale da Merrem, fin dal 1809, e fu applicata all'uomo da Walther nel 1820. Merrem e Walther riapplicavano le rotelle di trapanazione adattando su di esse il periostio preventivamente scollato e sollevato con gli altri tessuti molli.

Il nostro Caselli comunicava, nel 1891, di avere, invece, riapplicato la rotella di trapanazione col suo periostio, di cui aveva suturato i margini al periostio della breccia.

In casi di frattura, la chiusura primaria fu eseguita da Mc Ewn nel 1885, mediante il riadattamento delle scheggie ossee estratte e disinfettate. Nel 1897-1900, Bramann la esigui anche con piccole squame ossee scolpite dal tavolato esterno circostante alla breccia, previo scollamento del periostio. E questa ricostruzione a mosaico, dell'integrità cranica, basata però su un concetto più vitalistico che non fosse quello di Mc Ewen, si mantenne anche in anni più recenti (Saack, *A. f. kl. Ch.*, 97, 1912; Görs, *D. m. W.*, 1914; Stieda, cit. Pflugradt, *B. z. kl. Ch.*, 103, 1916; Saviozzi, *La Clin. Chir.*, 1916; Lawrow, *Russki Wratsch*, 1916, *Zentr. f. Ch.*, 1920).

La guerra ultima portò una radicale modificazione nella cura delle ferite craniche quando Barany (*B. z. kl. Ch.*, 97, 1915) ebbe dimostrato che trattandole per prima se ne hanno risultati molto migliori che in seguito a drenaggio; ma Barany si limitava alla chiusura delle parti molli, tenendo presente soltanto per casi adatti, con integrità della dura, la possibilità di richiudere, col ripianto dei frammenti, anche la breccia ossea. E molti non vollero chiudere nemmeno le sole parti molli.

Altri, come Chavannaz (*S. Ch.*, P., 3111, 15); Rouvillois (*S. Ch.*, P. II, VIII, 15); Therstoppen (*Münch. med. W.*, 1918); Auvray (*S. Ch.*, P. 13, I, 15); Erdelyi (*B. z. kl Ch.*, 100, 1916); Alessandri (*Acc. med. Roma*, 1916; XXV Congr. S. I. Ch. 1917); Matronola (*La Clin. Chir*,. 1916); Nigrisoli P. (*La Clin. Chir.*, 1916); Mioni (XXV Congr. S. I. Ch., 1916) limitarono la ricostruzione ossea a sollevare o raddrizzare alcuni frammenti ossei invece di asportarli.

Amanategui (*J. de Ch.*, V., 1910); Saviozzi (*La Clin. Chir.*, 1916; Mioni (XXV Congr, S. I. Ch., 1917); Morestin (*S. Ch.*, P. 24 V, 1916); De Martel (Masson et. C. 1918); Fibich (*Zentr. f. Ch.*, 1921); Payr (*Zentr. f. Ch.*, 1923) *eseguono* la craniotomia con lembo che risulta descritto o pare di dover intendere come lembo osteocutaneo a spessore completo.

Polenow (*Russki Wratsch*, 1916; *Zentr. f. Ch.*, 1916); Westermann (*Zentr. f. Ch.*, 1916; Blegwad (*Münch. med. W.*, 1915) usano ancora lembi etero-plastici o alloplastici (Blegwad).

Ma, tutto sommato, la ricostruzione ossea primitiva nelle fratture craniche da traumi diretti o da armi da fuoco che siano, non ha molti fautori, nè risulta molto disciplinata nella tecnica.

Ragione per cui maggiormente meritano di essere divulgati quei metodi che si prefiggono un obiettivo razionale e facile, completo e parsimonioso nel tempo stesso.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CONSORZIALE DI MESSINA.
REPARTO MEDICINA - Prof. G. VINCI.

Amebiasi in Sicilia - Sopra un caso di localizzazione amebica nell'apparato urinario

pel dott. G. CARBONARO, assistente volontario.

L'amebiasi è malattia molto diffusa nei paesi tropicali e non del tutto rara tra noi, essendosi anche in Europa verificati casi di essa, ed in questi ultimi tempi, con una certa frequenza.

Secondo il giudizio dei più competenti, la malattia nostrale sarebbe considerata indigena, comune, autoctona, secondo altri sarebbe invece importata dalle regioni tropicali.

Sta di fatto però che in Inghilterra, in Francia, in Germania si è riscontrata l'amebiasi in numerosi ammalati nei quali non s'è potuto dimostrare il contatto con persone provenienti dai tropici.

In Italia, Fenoglio (1890) (6) prima e poi il Boeri (1917) (4) scoprirono in Sardegna un fócolaio endemico di amebiasi nel quale la provenienza del contagio dalle zone tropicali risultò negativa.

In Sicilia, Gabbi (1911) (9) a Messina e M. Ascoli (1912) (1) a Catania, segnalarono l'esistenza di forme autoctone di amebiasi e richiamarono l'attenzione dei medici sulla frequenza e sulla importanza della malattia nella nostra Isola. Izar (11), della scuola di M. Ascoli, studiando nel 1914 a Catania l'amebiasi nei soldati reduci dalla Libia, iniziò la pubblicazione di una serie di lavori raccolti ora in pregevole monografia (12).

Nel 1921 Ferro (7), Juspa (10) e Sanfilippo (19) si occuparono con speciale riguardo dell'amebiasi in Sicilia.

Cannata (1923) (5) osservò in soggetti di età infantile di Messina e dintorni sei casi di dissenteria amebica.

Scuderi (1923) (20) pubblicò una casistica di 54 ammalati di amebiasi, quasi tutti della provincia di Messina, i quali non ebbero mai relazione alcuna con individui provenienti dai paesi tropicali.

Come si può vedere da questa rapida scorsa della letteratura, i casi di amebiasi in Sicilia, indigeni o importati, non sono rari. Essi però appartengono in genere alla sindrome più frequente alla forma cioè dissenterica. Che questi casi poi non siano del tutto rari tra noi lo prova il fatto che in questo reparto nell'anno 1922 vennero ricoverati alcuni ammalati di dissenteria amebica cronica nei quali la diagnosi esatta non era stata ancora posta tanto che venivano curati da molto tempo come affetti da coliti comuni. Ciò rappresenta certamente un danno, sia per l'individuo che, non curato a tempo convenientemente, può soccombere per le svariate complicanze che la malattia suol dare, sia per la società, poichè l'errore di diagnosi e quindi la mancanza di cure opportune fa sì che portatori di amebe vadano in giro a diffondere la malattia. Infatti il secondo dei due casi che appresso riporto riguarda un ammalato di dissenteria amebica il quale fa il pastaio e rimase per oltre un anno senza cure appropriate. Ora è facile intuire il danno che simili portatori di parassiti possono recare agli altri pel mestiere che esercitano.

Credo inoltre opportuno accennare alle difficoltà diagnostiche che possono presentarsi. Interessante è l'esame microscopico delle feci su cui è basato il criterio per la certezza della diagnosi. L'esame richiede una certa abilità tecnica e rapidità poichè le amebe facilmente si alterano. Nei nostri esami venivano osservate le feci appena emesse e raccolte in vasi leggermente riscaldati. In casi dubbî o sospetti abbiamo eseguito l'esame diretto applicando lo speculo anale, prelevando dalla mucosa con l'ansa di platino dei fiocchetti di muco, ponendoli su vetrini portaoggetti riscaldati e coprendo leggermente con coprioggetti. Osservazione col tavolino riscandante (obb. 5 oc. 4).

Riporto ora succintamente i due casi avuti nel reparto:

CASO I. — D. Concetta, di anni 16, casalinga, da Scaletta Superiore (Messina). Non s'è mai mossa dal proprio paese. Da quasi un anno era afflitta da dissenteria, con periodi di remissione ed esacerbazione, resistente alle cure dei comuni astringenti. Ricoverata nel reparto il 26 luglio 1922, alquanto anemizzata, venne accertata coll'esame microscopico diretto la presenza dell'entamoeba histolytica e forme cistiche nelle feci.

Si iniziò la cura somministrando nei primi giorni, con buoni risultati, l'infuso di radici di ipecacuana (1 : 100) «per os» e praticando clisteri di chinino (gr. 2 in 200 d'acqua).

In seguito si sottopose l'inferma a cura emitinica, iniettando per via sottocutanea 4 ctgr. di cloridrato di emetina il 1° giorno, 6 ctgr. il 2° ed il 3° giorno, 8 ctgr. il 4°, continuando con questa dose nei giorni successivi, fino a raggiungere la quantità totale di un gr. in 16 giorni. Dopo due settimane di riposo si riprese altro periodo di cura collo stesso metodo.

L'inferma guarì completamente nello spazio di due mesi e venne dimessa colla raccomandazione di continuare a casa una cura arsenicale e ferruginosa.

CASO II. — M. Angelo, di anni 18, pastaio, da Bordonaro (Messina). Non si è mai allontanato dal paese natio. Da più di un anno

soffriva diarrea ed arrivava talvolta ad avere dieci scariche al giorno. Le feci erano muco-sanguinolente. Non avendo ottenuto alcun vantaggio dalle cure ordinarie, ricorse a questo reparto, il 10 gennaio 1923 e venne accolto in condizioni di nutrizione e sanguificazione abbastanza scadute.

Praticato l'esame coprologico col prelevamento diretto, si rinvennero numerosissime amebe, di cui parecchie coi movimenti tipici, e anche forme incistate.

Sottoposto subito alla cura con iniezioni di emetina come nel caso precedente si ebbe la guarigione in tre mesi circa.

***

Oltre le comuni infezioni di amebiasi intestinale, possono capitare pure delle forme nelle quali manca il sintoma dissenterico che richiama l'attenzione in questa malattia e sul quale viene comunemente basata la diagnosi, mentre esistono manifestazioni in altri organi importanti che si confondono coi sintomi di altre malattie. Izar nel suo trattato (12) richiama appunto l'attenzione sulla proteiforme sintomatologia dell'amebiasi e sui quadri subdoli, atipici che essa può darci, sia per la sede delle localizzazioni, sia per il decorso, sia per la virulenza dell'ameba. Sotto questo punto di vista si potrebbe paragonare con la malaria e la sifilide. Come queste infatti l'amebiasi può interessare organi diversi e presentare i sintomi più svariati, le forme più insidiose. Tra le localizzazioni extraintestinali che la malattia suol dare con una certa frequenza le più importanti sono quelle nel fegato e nel polmone.

Le amebe, attraverso il torrente circolatorio, possono dare inoltre localizzazioni sia primarie che secondarie nell'apparato uro-genitale. Non mancano in letteratura i casi riguardanti tali localizzazioni ritenute tuttora come eventualità assai rare.

Già sin dal 1893 Posner (17) a Berlino e Baelz (2) in un giapponese osservarono casi di amebiasi vescicale.

Wiynoff (1895) (23) descrisse quattro casi di ameburia e qualche altro di protozouria nei quali spiccava l'ostinatezza e la grande tendenza alle recidive della malattia, con disturbi soggettivi lievi. In uno dei casi riscontrò coliche renali con presenza di albumina e sangue nelle urine.

Fischer (1914) (8), Lynn (1914) (15) e Walton (1915) (21) riferirono su casi di amebiasi vescicale, benchè dubbia risultasse in alcuni di essi l'etiologia della forma.

Macfie (1917) (16) illustrò tre casi di cistite amebica guariti con la cura emetinica.

Bartelett (1917) (3) ritenne frequenti queste localizzazioni vescicali da ameba e in tre casi trovò il parassita nelle urine.

Koster (1918) (3) raccolse quattordici casi di cistite e pielite amebica, notando in cinque casi di cistite soltanto tenesmo ed ematuria. Egli riporta un caso particolarmente interessante per analogia alla nostra osservazione che appresso riportiamo, e riguardante un individuo che portava le amebe da nove anni, nel quale si sviluppò cistite e pielonefrite, senza che l'ammalato avesse mai notato disturbi intestinali.

Altri AA. descrissero casi di amebiasi vescicale, benchè alcuni lasciassero qualche dubbio sulla vera natura della forma.

Warthin (1922) (22) in un caso di dissenteria amebica, trovò numerosi parassiti nel testicolo e nell'epididimo.

Recentemente Laurence (1923) (14) descrisse un caso di dissenteria amebica cronica in cui il parassita fu trovato anche nel liquido seminale ove certamente per metastasi era pervenuto.

Come si vede le localizzazioni dell'ameba nell'apparato uro-genitale non sono infrequenti come abitualmente si crede. E se molti casi sfuggono all'attenzione del medico, si deve alle difficoltà diagnostiche, alla facilità colla quale può essere deviata la diagnosi e al fatto che, essendo finora relativamente pochi gli AA. che si sono occupati di questo argomento, la possibilità di tale affezione viene tenuta in poco conto.

Avendo avuto la fortuna di poter studiare in questo reparto un caso di localizzazione amebica nell'apparato urinario, in un individuo che presumibilmente mai aveva sofferto disturbi intestinali, lo riporto in appresso, certo di portare un utile contributo a questa importante quistione, richiamando l'attenzione dei colleghi medici su queste possibili localizzazioni amebiasiche:

CASO III. — Galletta S., di anni 61, contadino, da Bordonaro (Messina).

Anamnesi. — Nulla nel gentilizio: anamnesi remota negativa.

Nel giugno 1921 si accorse un giorno nel mingere che le urine erano sanguinolente, senza però avvertire dolore in alcun posto, nè difficoltà o bruciore nella minzione. Non si impressionò tanto e continuò a lavorare.

Nel marzo 1922 ebbe di nuovo ematuria più imponente di prima, durata tre giorni e, d'allora in poi, attraverso periodi di remissione sempre più brevi, cominciò a divenire ostinata ed a preoccupare l'infermo.

Si aggiunse in seguito un dolore sordo, non continuo, al fianco sinistro e disturbi vescicali (tenesmo, pollachiuria).

Da un mese l'ematuria si è accentuata al punto da ridurre il p. fortemente anemizzato e

incapace a qualsiasi lavoro. Essa resiste ai comuni rimedi.

E parco bevitore di vino, moderato fumatore, regolato nelle abitudini di vita. Riferisce non aver sofferto disturbi intestinali. Non è mai espatriato nè ha avuto rapporti con individui provenienti da regioni tropicali. Ha fatto uso di acque facilmente inquinabili da deiezioni ed è, interessa notarlo, parente e vicino di casa dell'ammalato di dissenteria amebica che riguarda il secondo dei due casi precedentemente riferiti.

Venne ricoverato in questo reparto il 19 febbraio 1923.

Esame obbiettivo. — Costituzione scheletrica regolare, condizioni di nutrizione molto scadute. Colorito della pelle giallo-terreo, delle mucose visibili fortemente pallido. Astenia generale. Temp. 36.4. Polso compressibile 80.

Apparato linfo-ghiandolare esterno. — Micropoliadenia biinguinale.

Apparato respiratorio. — Rantoli a piccole e medie bolle alle basi polmonari.

Apparato cardio-vascolare. — Leggera ipertrofia del ventricolo sinistro. Soffi anemici sui focolai della base.

Addome. — Trattabile, leggermente meteorico. Fegato e milza nei limiti fisiologici. Al fianco sinistro si palpa il rene ingrossato e dolente. Alvo regolare.

Rettoscopia. — Eseguita collo speculo non ci fa rilevare alterazioni della mucosa.

Radiografia. — Ci fa rilevare il rene sinistro aumentato quasi del doppio del suo volume normale.

ESAMI DI LABORATORIO: *Feci.* — Ripetuti esami con feci fresche emesse in seguito a purga salina e con materiale prelevato direttamente hanno dato risultato negativo per ameba.

Sangue. — Emometria 50. Globuli rossi 3.000.000. Globuli bianchi 10.000. Polinuocleosi.

R. Di Wassermann. — Negativa.

Cutireazione alla tubercolina. — Negativa.

Urine. — Quantità giornaliera gr. 1.000-1.200. Aspetto torbido. Colorito rosso-scuro. Reazione leggermente acida. Densità 1.020. Albumina e muco-pus presenti. Zucchero e pigmenti biliari assenti. Cloruri e solfati normali.

Sedimento. — Numerosissimi corpuscoli di pus ed emazie, cellule renali, del bacinetto e della vescica, assenza di cilindri. Notansi inoltre numerosi elementi della grandezza variabile da 20 a 30 micron, aventi forme irregolarmente ovalari e rotondeggianti, parecchi con prolungamenti arrotondati. In alcune forme si osserva il nucleo, in altre dei vacuoli, in altre ancora inclusioni di globuli rossi e batteri.

Per quanto, pur lavorando col tavolino riscaldante ed usando la tecnica più rigorosa, non vennero osservati movimenti ameboidi, forse per l'azione paralizzante dell'urina acida sulle amebe, senza entrare in altri particolari, non rimase in noi alcun dubbio che si trattasse di amebe. Ma di quale ameba? Dell'histolytica di Schaudin la quale, come generalmente si ammette, è la sola capace di produrre alterazioni gravi dei tessuti nell'uomo, benchè abbia avuto altre denominazioni che si riferiscono all'unica specie patogena.

Baelz (2) infatti (1893) parla di una « amoeba uro-genitalis » per averla assieme ad altri AA. Posner (17), Fischer (8), ecc., riscontrata nell'apparato urinario.

Ricerca dei bacilli tubercolari nel sedimento. Negativa.

Decorso. — Nei primi giorni di degenza si esperimentarono con esito negativo i comuni emostatici. L'infermo si aggravò al punto da chiederci di essere dimesso per andare a finire a casa i suoi giorni. Ma quando all'esame del sedimento urinario si potè constatare la presenza di forme amebiche e s'iniziò subito la cura con l'emetina, il p. cominciò a rilevarne i benefici effetti.

Si iniettò per via sottocutanea il cloridrato di emetina, collo stesso metodo dei casi precedenti, fino a raggiungere la dose complessiva di un grammo in sedici giorni.

Sin dalle prime iniezioni andò gradatamente diminuendo l'ematuria. Dopo un periodo di riposo si iniziò una seconda serie di iniezioni di emetina iniettando in diciotto giorni altro grammo di farmaco che il paziente tollerò sempre bene.

Si somministrò pure dell'elmitolo per bocca.

Dopo il secondo periodo di cura si accentuò sempre più il miglioramento: l'urina si modificò nell'aspetto e nel colore contenendo solo scarsa quantità di pus e sangue. Nel sedimento le amebe, che alle prime iniezioni si riscontrarono più numerose, divennero in seguito rare. Si attenuarono le sofferenze vescicali, si ebbe una riduzione dell'ingrossamento del rene sinistro controllata colla radiografia, diminuì il dolore al fianco corrispondente. Si modificò pure il pallore della cute e delle mucose, si ebbe un ritorno delle forze con aumento di peso, un evidente miglioramento dello stato generale.

Non si notò febbre durante la degenza.

Il 5 maggio 1923 si dimise il paziente a sua richiesta, notevolmente migliorato, coll'avvertenza di continuare, sotto sorveglianza del medico, la cura emetinica e far seguire a questa una cura arsenico-ferruginosa. A casa continuò il progressivo miglioramento notato nel reparto, al punto che il paziente potè riprendere i lavori leggeri.

CONSIDERAZIONI.

La questione se l'amebiasi sia indigena o importata pare risolta per merito specialmente di clinici italiani.

In Sicilia la malattia è relativamente frequente e si manifesta spesso in forma endemica come si può vedere anche da questi casi riportati.

Il concetto che sia poco diffusa devesi a parer mio attribuire al fatto che non tutti i medici, parlo di quelli lontani dai centri, hanno i mezzi per praticare gli opportuni esami microscopici, e non da tutti vien data ancora all'amebiasi quell'attenzione e quell'importanza che merita.

Ad ogni modo ritengo che, quando ci troviamo in presenza di una sindrome con disturbi enterocolici anche leggeri ma resistenti da

molto tempo alle cure ordinarie, s'imponga l'esame microscopico con feci fresche, meglio se con materiale prelevato direttamente secondo la tecnica già esposta e, nel caso affermativo, s'inizii subito la cura emetinica.

Si badi però che, oltre le forme dissenteriche, le metastasi epatiche e pulmonari che sono le più frequenti, possono capitare pure delle localizzazioni amebiasiche nell'apparato urinario le quali venivano ritenute finora come rarità patologiche.

In queste forme possiamo rilevare:

Nell'anamnesi qualche particolare che ci spieghi il contagio (rapporti con amebiasici).

Soggettivamente: emissione di urine sanguinolente con sofferenze vescicali se esiste una cistite o senza disturbi soggettivi se l'ematuria trae origine renale; senso di astenia progressiva. I dolori in corrispondenza dell'organo affetto, quando ci sono, per lo più hanno il tipo gravativo.

Obbiettivamente: stato oligoemico e deperimento generale come in tutte le affezioni amebiasiche. Quando il processo è esteso al rene, questo si presenta aumentato di volume e dolente. La radiografia è utile per la conferma della tumefazione renale e delle modificazioni che questa subisce in seguito alla cura. Predomina il decorso cronico con periodi di esacerbazione variabile per durata ed intensità e periodi di remissione. L'esame dell'urina, oltre ai comuni elementi patologici (sangue, pus, ecc.) ci fa rilevare, coll'osservazione microscopica del sedimento, la presenza di amebe.

La cistoscopia, quando è possibile praticarla, è un mezzo diagnostico di grande importanza in queste affezioni amebiasiche dell'apparato urinario.

L'assenza di turbe intestinali può trarre facilmente in errore, ma si badi che non sono rari i casi in cui i sintomi enterocolici sono così lievi da passare inosservati o mancare del tutto, mentre sono imponenti e si presentano come manifestazioni primarie le localizzazioni in altri organi, (Izar 12). A conferma di ciò abbiamo pure il caso riferito dal Koster (13).

Particolarmente difficile è quindi la diagnosi clinica quando manca l'esame microscopico per la confusione con altre malattie che la somiglianza di alcuni sintomi può far nascere.

Partendo infatti dal sintoma ematuria che è il più importante, è stabilita l'origine renale, bisogna nel diagnostico differenziale escludere principalmente: le altre forme parassitarie, la calcolosi, i neoplasmi, la tubercolosi, la nefrite emorragica.

L'esame anamnestico accuratamente raccolto, l'attenta e prolungata osservazione dell'ammalato, il decorso della malattia, la radiografia, la cistoscopia ed eventualmente altre ricerche di laboratorio possono indirizzarci verso la diagnosi, ma la constatazione dell'ameba coll'esame microscopico resta sempre il dato più sicuro su cui è fondata la diagnosi di certezza.

La prova «ab iuvantibus» con l'emetina, nel sospetto di amebiasi, può darci la conferma della diagnosi se alla cura segue un miglioramento.

CURA. — L'emetina rappresenta oggi il rimedio sovrano che a ragione vien ritenuto specifico. Già sin dal secolo 17° si adoperava nelle dissenterie tropicali la radice di ipecacuana, con buoni risultati, anzi questa fu introdotta in Europa come rimedio antidissenterico.

In seguito alle ricerche del Rogers (18) (1912), che studiò sulle amebe l'azione tossica dell'emetina, questa venne introdotta in terapia per iniezioni ipodermiche con successo.

Tuttora però l'infuso di ipecacuana per bocca o per clisteri può renderci utili servizi in certi casi in cui, per condizioni speciali, non si possa ricorrere alla via ipodermica.

Risultati incoraggianti furono constatati infatti dal direttore prof. Vinci e da me stesso durante il periodo bellico, tutte le volte che non fu possibile avere a disposizione l'emetina, essendo in quel tempo molto difficile trovarla.

Gli effetti dell'emetina nell'amebiasi son sempre rapidi, tranne i casi in cui per lo stadio della malattia, per le facili recidive, per le condizioni del soggetto e per la struttura dell'organo ove l'agente patogeno s'impianta, bisogna prolungare la cura. Per evitare fatti tossici, occorre attenersi alle piccole dosi progressive (4-6-8 e anche 12 ctgr. «pro die»), saggiando sempre la tolleranza individuale, sorvegliando il rene e non oltrepassando in generale la quantità di un grammo in un mese, salvo a ripigliare dopo un periodo di riposo.

Anche la chinina per clisteri nelle forme dissenteriche può essere sperimentata con buoni effetti.

Dopo la cura emetinica, i preparati arsenico-ferruginosi rendono buoni servizi.

CONCLUSIONI.

In Sicilia l'amebiasi in forma autoctona è relativamente diffusa.

Si tenga presente nella pratica medica la possibilità di osservare forme amebiasiche interessanti l'apparato urinario le quali cedono con la cura emetinica.

La diagnosi di certezza di amebiasi si può fare solo quando si riesce ad individuare l'ameba cogli opportuni esami microscopici.

L'emetina è li miglior rimedio che in atto possediamo per combattere l'amebiasi e che bisogna usar subito nelle forme accertate.

Nelle forme sospette, in mancanza del reperto microscopico, si inizii la cura emetinica con criterio « ab iuvantibus ».

***

Ringrazio vivamente il direttore prof. Gaetano Vinci e l'aiuto prof. Tocco per i consigli preziosi che mi hanno prodigato.

BIBLIOGRAFIA.

1. ASCOLI M. *Dissenteria da entamoeba tetragena in soldato reduce da Tobruck.* Riforma medica, n. 16, 1923.
2. BAELZ. *Ueber einige neue Parasiten des Menschen.* Berl. Klin. Woch., 1883.
3. BARTELETT G. B. *Pathology of dysentery in the mediterranean Expeditionary Force,* 1915, Quart. Journ. Med,. X, 189, 1917.
4. BOERI. *Su di una dissenteria amebica nostrale.* Malaria e malattia dei paesi tropicali, 1914.
5. CANNATA. *Contributo alla conoscenza dell'amebiasi nella età infantile.* La Pediatria, 1923.
6. FENOGLIO. *Enterocolite per Amoeba coli.* Arch. Ital. de Biol., XIV, 1890.
7. FERRO. *Sulla dissenteria amebica.* Giornale di Clinica medica, 1921.
8. FISCHER. W. *Ueber Amobenzystitis.* Munch. med. Woch., 473, 1914.
9. GABBI. *Dissenteria tropicale da entamoeba tetragena.* Pathologica, n. 60, 1911.
10. JUPSA. *Sull'amebiasi in Sicilia.* Folia medica, n. 2, 1921.
11. IZAR. *Su alcuni casi di dissenteria da entamoeba tetragena in soldati reduci dalla Libia.* Annali di clinica medica, 1914.
12. IZAR. *Amebiasi.* Editore V. Giannotta, Catania, 1922.
13. KOSTER. *Amoebiasis der Harnwege.* Tiydsch vor Geneesk, 27 aprile 1918.
14. LAURENCE. *Entamoeba histolytica nel liquido seminale in un caso di dissenteria amebica.* Journ. of the Americ. medic. Associat., 28 luglio 1923.
15. LYNN. *Report of an unusual amoebic infection of the genito-urinary tract.* Amer. Jour. Trop. Dis., II 205, 914.
16. MACFIE. *Observation ou urynary amoebiasis.* Ann. Trop. Med. a. Parasit., 10, 291, 1916.
17. POSNER. *Ueber Amoeben in Harn.* Berliner Klin. Woch., XXX, 674, 1893.
18. ROGERS L. *Further experience of specific curative action of emetine.* Brit. med. Journ., 405, 1912.
19. SANFILIPPO. *L'amebiasi in Sicilia.* Studium, n. 12, 1921.
20. SCUDERI. *Sopra alcuni casi di amebiasi.* Sicilia sanitaria, n. 6, 1923.
21. WALTON H. I. *A case of urinary amoebiasis.* Brit. med. Journ., I, 844, 1915.
22. WARTHIN A. S. *Presenza dell'entamoeba histolytica con lesioni dei tessuti nel testicolo e nell'epididimo nella dissenteria cronica.* Journ. of infect., XXX, 6, 1922.
23. WIYNOFF. *Over amoeburie.* Neder Tiydschr. v. Geeneesk, XXXI, 107, 1895.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Lo stato attuale dell'Endocrinologia.

(R. G. HOSKINS. *Archives Médicales Belges,* n. 5, 1924).

Chi non si è mai occupato in modo speciale dell'endocrinologia non può apprezzare l'estensione della sua letteratura: ricorderemo che nel Biedl (1922) la parte bibliografica delle secrezioni interne comprende circa 500 pagine; più di 3000 pubblicazioni vengono ad accrescerla annualmente.

L'endocrinologia appartiene in un certo modo al lavoro empirico: molte delle sue cognizioni ci vengono non dai laboratori di fisiologia, ma dalle cliniche: alla Clinica dobbiamo le conoscenze sulle glandule surrenali e sulla tiroide: Pièrre Marie ci illumina per primo sulla pituitaria.

La confusione che regna nel dominio dell'endocrinologia è per gran parte dovuta al fatto che si cerca di evitare il rimprovero di empirismo ed alla preoccupazione di cercare una spiegazione razionale prematura ai fatti osservati laddove la vera spiegazione resta impossibile a formulare: eccoci alla grande varietà delle teorie contraditorie, molte delle quali prendono in letteratura la maschera di principi stabiliti, eccoci quindi al discredito dell'endocrinologia.

È desiderabile quindi fissare i punti: noi crediamo che l'endocrinologo, clinico o lavoratore nel laboratorio, debba inspirarsi al pensiero di Huxley « colui il quale desidera far progredire le scienze naturali rifiuta recisamente di riconoscere il principio d'autorità come tali. Per lui lo scetticismo deve essere la guida, la fiducia cieca il peccato da evitare ».

Ed oggi siamo così lontani dall'accordo sui principi, che non è fuor di luogo porsi da domanda: che cosa è una ghiandola endocrina? Gley formulò 3 condizioni.

La ghiandola deve mostrare la natura istologica e la polarità citologica di un organo che segreghi: con ciò si esclude il timo e la porzione nervosa dell'ipofisi. L'organo deve secernere una sostanza attiva: forse un ormone, probabilmente non un ormone. Bisogna che il prodotto di secrezione si ritrovi nel sangue o nella linfa effluente: quest'ultima prova resta a dimostrarsi per la maggior parte degli organi considerati endocrini.

Ed ora qualche cifra: è ammesso che il disturbo di una glandola si risenta sulle altre; è ammesso per ogni ghiandola uno stato normale e cinque stati patologici, cioè cinque sin-

dromi teoriche uniglandulari: poichè s'ammettono nove glandole avremo sei alla nona potenza, cioè 10.077.696 endocrinopatie teoriche possibili. Se ammettiamo solo sei glandole ne avremo 46.655! Ed il numero si moltiplicherebbe all'infinito pensando alle modificazioni delle endocrinopatie secondo l'influenza reciproca di una azione vicariante di stimolazione d'inibizione in diverso grado. Qualunque cosa sia solo un ristretto numero di endocrinopatie è stato riscontrato in Clinica ed uno ancor più ristretto è stato riprodotto sperimentalmente.

Quanto al valore clinico dei prodotti opoterapici regna piena incertezza. Ad ogni costo ci occorre una standardizzazione della fabbricazione loro e del loro dosaggio. Noi ignoriamo le proporzioni nelle quali gli ormoni sono assorbiti o distrutti nel tubo digestivo. Una pratica raccomandabile è quella dell'uso di una sola preparazione per ciascuna ghiandola e sempre la stessa, e quella dell'uso di sostanza di ghiandole fresche finchè non si sarà potuto stabilire il valore reale di ciascun prodotto bene inteso che l'ideale sarà raggiunto quando ciascun principio attivo sarà isolato ed ottenuto sinteticamente. Altra questione di importanza capitale è quella di conoscere quali sono i fattori (vasomotori, pressione, temperatura, vitalità, dosi, ecc.) che modificano le reazioni dell'organismo di fronte ad un dato ormone.

Un principio degno della più grande attenzione è la diagnosi ed il trattamento precoce di alcune endocrinopatie: l'accrescimento dello scheletro non potrà esser, ad es., influenzato allorchè le connessioni epifisarie sono complete.

Multipli sono gli scopi che ci proponiamo somministrando prodotti endocrini: compensare la deficienza di un ormone, usare alcuni ormoni come inibitori di glandole antagoniste, ecc.

Ricco di promesse è lo studio dell'utilizzazione delle proprietà farmacologiche non specifiche dei prodotti; della pituitrina come lieve stimolante delle fibre muscolari lisce, della tiroidina come stimolante generale delle cellule, dell'adrenalina, qualche cosa sappiamo. Recentemente H. M. Evans e collaboratori hanno ottenuto dei giganti artificiali in topi trattati con ipofisi-anteriore: il problema di ottenere un ormone efficace e ad azione costante dell'ovaio, sembra esser stato risoluto da Allen e Doisy.

In organoterapia il dosaggio è una cosa imbarazzante: l'esperienza ha dimostrato che periodi alternati di somministrazione e di riposo, danno i migliori risultati.

Attualmente grandi divergenze esistono nei riguardi della somministrazione di prodotti isolati od in combinazione pluriglandulare.

Nell'interesse e dello stabilire il valore reale di ciascun prodotto, e del malato vale meglio ricorrere all'opoterapia monoglandulare a condizione di una pregressa diagnosi corretta: in ogni sindrome poco chiara sembra che un ormone usato a caso sia capace di fare tanto bene come male. L'organoterapia pratica dovrà appoggiarsi su basi statistiche: di qui la necessità di accumulare una serie estesa di osservazioni solidamente stabilite negative e positive.

Ma quale è l'avvenire dell'endocrinologia?

Ogni profezia in materia scientifica è dannosa: è certo che noi non siamo che all'inizio. Abbiamo ragione per credere che l'endocrinologia ci darà la chiave della senilità, essa ci darà ragione dell'adattamento dell'uomo alle stagioni, al clima, al regime alimentare. Quanti problemi affascinanti ci pongono gli studi endocrinologi! ed in realtà le nozioni più elementari debbono essere precisate; che cosa è una tiroide, una surrenale normale? Nessuno lo sa. Quale è la parte delle glandule a secrezione interna nella costituzione dell'individuo, nella sua attitudine a contrarre malattie, nella sua configurazione corporale? La letteratura, sebbene voluminosa, manca disgraziatamente di elementi precisi e prove conclusive.

E questi non sono che alcuni problemi d'insieme: ciascun d'essi si suddivide in miriadi di questioni di dettagli: il campo da esplorare è immenso, il numero dei lavoratori ristretto, gli ostacoli e le imboscate numerose. Di ciò ci si comincia a render conto: l'endocrinologia non conduce così facilmente alla rinomanza, ma il suo dominio attrae irresistibilmente colui il quale vi si consacra con pazienza e perseveranza. MONTELEONE.

CHIRURGIA.

L'epitelioma del pene.

(BARRINGER-DEAN. *The Jour. of Ur.*, vol. XI, n. 5).

Gli AA. studiano 36 casi osservati al Memorial Hospital di New-York negli ultimi 4 anni. Un caso fu osservato in un ragazzo di 15 anni. Il massimo della frequenza fu osservato fra 50 e 60 anni: il 30 %. Nessun caso fu osservato nella razza ebrea. 11 presentavano una fimosi, e altri 11 erano stati circoncisi. In 4 casi l'epitelioma si iniziò su tipiche lesioni gommose dell'asta di pazienti luetici. In 3 casi vi erano placche di leucoplasia.

Riguardo alla sintomatologia: il dolore costituì uno dei primi sintomi nel 58 % dei casi,

uno scolo purulento nell'8 %, una parafimosi nel 5 %, un'emorragia nel 5 %, un'ostruzione del meato uretrale nel 5 %, una pollachiuria nel 3 %. Spesso si aveva una combinazione di questi sintomi.

In media i pazienti vennero all'ospedale dopo 24 mesi dall'inizio del male; in questo frattempo la maggior parte si erano già sottoposti a cure diverse per lo più inutili e non adatte, o addirittura dannose.

Nonostante questo ritardo 84 % dei pazienti si dimostrarono in ottime condizioni generali.

Gli AA. hanno osservato una certa prevalenza della forma ulcerativa su quella a sviluppo papillare. Soltanto 2 casi non presentavano adenopatia inguinale, degli altri però solo in 11 le linfoglandole erano con certezza sede di metastasi, negli altri casi probabilmente si trattava di adenopatie flogistiche.

Come è stato detto l'ulcera neoplastica fu osservata con maggior frequenza della forma cosiddetta a cavolfiore nonostante quanto comunemente si afferma, il punto di origine fu in generale il glande, in qualche altro caso la mucosa del prepuzio.

È diverso l'aspetto iniziale e l'andamento delle due forme di epitelioma del pene; però quando esse hanno perforato la densa tunica del glande e sono penetrati nel tessuto cavernoso lasso il loro decorso è molto più rapido.

Le metastasi possono avvenire o per i linfatici profondi che accompagnano l'arteria e la vena dorsale e vanno alle ghiandole pelviche, o per i linfatici superficiali alle stazioni inguinali.

Nei casi studiati le metastasi si sono sempre iniziate molto tardivamente e sotto questo punto di vista i tumori papillari vegetanti si sarebbero dimostrati meno maligni. È difficile riconoscere le metastasi linfatiche nel bacino, ma ciò non ha grande importanza pratica perchè quasi sempre quelle inguinali le precedono.

Gli AA. consigliano il trattamento coll'applicazione superficiale o l'infissione di aghi di radium, in casi poco estesi e poco penetranti, altrimenti la cura chirurgica consistente nella amputazione, almeno a 2.5 cm. di distanza al di là del tumore.

Gli AA. consigliano di non intervenire chirurgicamente sulle linfoglandole se si pensa che il loro ingrossamento è dovuto a una infezione, ma di irradiarle solamente; se sono epiteliomatose di praticare un'exeresi chirurgica seguita da un impianto di radium, specialmente intorno ai canali linfatici vicini allo sbocco della safena. Se le linfoglandole sono infette e epiteliomatose nello stesso tempo consigliano di trattare prima il tumore primitivo, e quando così facendo il processo infettivo ha ceduto, allora di intervenire sulle linfoglandole. Con le suddette direttive hanno ottenuto i seguenti risultati: hanno ottenuto in 16 casi delle guarigioni che vanno da 6 a 48 mesi.

MANFREDO ASCOLI.

Laringectomie.

(B. NIGRISOLI. *Annali Italiani di Chirurgia*, fascicolo 2, 1924).

La laringectomia non é operazione frequente sia perchè ad essa non sono propensi malati e medici, sia perchè v'è ora la tendenza alla cura col Radium, col Mesotorium e coi Raggi Roentgen, quantunque i risultati lascino molto a desiderare.

La pratica personale dell'A. dal 1898 comprende 28 casi, di cui:

3 laringectomie parziali (guariti);
25 » totali (con due morti per polmonite;

Tutti i casi furono operati con la diagnosi di carcinoma, confermata poi dall'esame istologico, tranne che per 1 caso, che fu di tubercolosi.

Dei 26 sopravvissuti all'operazione 17 sono morti di recidiva del tumore in uno spazio da 4 mesi a 3 anni e mezzo e 1 (quello tubercoloso) dopo 10 mesi, per causa non potuta precisare; 8 sono tuttora viventi, ma uno presenta già segni di recidiva dopo 10 mesi ; gli altri 7 sono sani ed operati da anni (2 da 2½ anni, 1 da 3, 1 da 4, 1 da 10 e uno da 12).

Per il *sesso* si ha: maschi 24, femmine 4.

Per *l'età*: da 30 a 40 anni 5;
» 40 a 50 » 7;
» 50 a 60 » 12;
» 60 a 70 » 4.

Molti avevano già subito altre cure, specialmente Radium e Raggi X ed alcuni erano già stati tracheotomizzati d'urgenza.

Narcosi. — In 26 casi ha adoperato il cloroformio, ma negli ultimi 2 casi ha praticato con successo l'anestesia regionale con novocaina e adrenalina.

Nei casi non tracheotomizzati si usa la semplice maschera di Esmarch; si determina una narcosi completa, ma non molto profonda che si prolunga fino alla recisione della trachea, e poi si arresta.

Nei casi non tracheotomizzati si sostituisce alla cannula tracheale una sonda di gomma che si fissa alla cute con un punto di seta; con essa si somministra il cloroformio.

Intervento. — Venne eseguito in un sol tempo (16 casi) o in 2 tempi (9 casi). L'operazione in un tempo è il metodo d'elezione, ma l'indi-

cazione dell'uno o dell'altro metodo dipende dai singoli casi. Fra tracheotomia (più bassa che sia possibile) e laringectomia fa passare 2-3 settimane.

Il paziente ha il collo in estensione e con le spalle rialzate da un guanciale.

Si pratica il taglio ad H rovesciata (I) e talora a T. La recisione della laringe è fatta dal basso all'alto ed il moncone tracheale è fissato alla cute con punti di seta dopo aver tolto la laringe e suturata la ipofaringe.

Una sola volta ha usato il metodo di Gluck procedendo cioè dall'alto al basso.

L'operazione è abbastanza facile, ma nei casi trattati coi raggi o col Radium i tessuti sono congesti e sanguinano fastidiosamente.

Si asportano le linfoghiandole infiltrate.

Dopo l'operazione si lascia in sito la cannula tracheale per i primi mesi sia perchè gli operati si trovano meglio con essa, sia perchè il contorno dell'apertura tracheale resta più regolare.

Cure post-operatorie. — Sono più importanti dell'operazione stessa.

La nutrizione si fa con la sonda, non a permanenza.

In genere la sutura dell'ipofaringe cede in 4ª-5ª giornata, ma poi la faringe si richiude spontaneamente; talora residua una fistola.

Fonazione. — Vari operati, senza alcuna speciale scuola, sono riusciti a parlare in modo da farsi intendere abbastanza facilmente. Ciò dipende per gran parte dall'intelligenza dell'individuo.

In complesso la laringectomia nel cancro della laringe è ancora l'unico mezzo terapeutico che può dare la guarigione duratura, mentre i successi del Radium, del Mesotorium e dei Raggi Roentgen, sono ancora dubbi e talora inesistenti.

G. CIAPRINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

MENSE CARL. *Handbuch der Tropenkankheiten*, Dritte Anflage, I Band, 1924. Ambrosius Barth., Lipsia.

Non vi è certamente studioso di malattie tropicali che non conosca l'opera del Mense e che non ne abbia apprezzata tutta l'importanza e l'utilità.

Di essa compare ora, notevolmente ampliata, la 3ª edizione, compiuta con la collaborazione dei più noti cultori di malattie tropicali del mondo, raccogliendo quanto è frutto dell'esperienza personale di ognuno nei vari paesi, e dando in tal modo al lettore, in base a diretta osservazione, il quadro completo di quelle forme morbose che sono fra noi rare od anche sconosciute.

Il primo volume, che sta per essere completato dal secondo in corso di pubblicazione, tratta in un primo capitolo delle malattie trasmesse dagli artropoli, ed in un secondo delle alterazioni che si verificano nel quadro ematologico sia in conseguenza del soggiorno prolungato sotto i tropici, sia specialmente in seguito alle varie malattie dovute a protozoi, a spirochete, a bacteri, a modificazioni del ricambio, ad elminti, e tutte o proprie o più frequenti nelle regioni tropicali.

Al testo sono intercalate numerosissime illustrazioni particolarmente nitide e dimostrative.

E. T.

G. PITTALUGA. *Enfermedades de los Paises cálidos y Parasitologia general.* Vol. 1° (Protozoologia), in-8° gr. di p. 559, con X tavole e 295 figure. Madrid, Calpe editrice, 1924. — Prezzo 28 pes.

L'A. ha voluto associare, in una trattazione unica, la patologia tropicale e la parassitologia generale, non solo perchè questo legame risponde alla sua *forma mentis*, ma anche perchè effettivamente in massima parte le malattie dei paesi caldi sono sostenute da zooparassiti: basti pensare alla malaria, al kala-azar, alla tripanosomiasi, alla dissenteria amebico, alla filariosi, all'anchilostomiasi, che formano insieme almeno i 4/5 della morbosità dei paesi caldi.

Naturalmente l'A. va incontro a qualche difficoltà, in quanto la parassitologia include infinite forme non speciali dei paesi caldi, mentre la patologia tropicale va ben oltre la parassitologia; a titolo di esempio, vi appartengono a giusto titolo il colera, la peste, la lebbra, il colpo di calore.

Se non che, l'A. con raro senso di misura e di equilibrio non eccede, nell'esporre la pa-

rassitologia generale; e siamo certi che, nei volumi successivi, egli non mancherà di fare la parte dovuta alle malattie non parassitarie; riuscirà, così, a contemperare i due ordini di cognizioni senza contrasti e senza lacune.

Questo primo volume dell'opera è consacrato alle malattie da protozoi. Dopo un capitolo introduttivo, l'A. tratta della tecnica di esame, del fenomeno biologico del parassitismo, della morfologia e biologia generale dei protozoi, infine dei vari protozoi patogeni raccolti per gruppi.

Siccome l'A. persegue uno scopo didattico, si limita a nozioni definite, selezionate con avvedutezza, esposte con estrema chiarezza e con precisione e perfettamente bene aggiornate.

In molti capitoli egli reca contributi personali o della sua scuola.

Il Pittaluga, italiano iberizzato, non dimentica i legami con la patria d'origine; egli, che vanta di essere un allievo del Grassi, sa mettere in valore i contributi dei nostri studiosi.

I riferimenti bibliografici sono opportunamente ristretti ai trattati, alle monografie principali e a qualche lavoro di maggiore attualità.

Si può forse sollevare qualche obbiezione alla inclusione delle spirochete tra i protozoi, il che oggi viene contestato dai più; si resta anche un po' perplessi nel trovare la febbre da pappataci tra le spirochetosi, ma l'A. giustifica questa classificazione con criterii di opportunità.

Il capitolo sulla malaria è veramente e sotto ogni riguardo perfetto.

Nell'insieme, si tratta di un libro ottimo: è quanto di meglio offre oggi la letteratura mondiale in questo campo. Esso adempie tutte le condizioni per rendersi utile ai medici pratici ed agli studenti, ma è molto consigliabile anche agli specialisti. L. V.

The Rockefeller Foundation. Annual report (1922). Un vol. in 8° di 451 pag. con fotografie e figure.

Della vasta opera benefica, svolta dalla Fondazione Rockefeller, si presenta qui il resoconto per il 1922. In tale anno sono stati spesi dollari 1.864.988, pari a più di 40 milioni delle nostre lire. La maggiore spesa è stata incontrata per la lotta contro l'anchilostomiasi (con largo campo d'azione nell'Africa, nell'America, nell'Estremo Oriente), la malaria, la febbre gialla, oltre ad altre attività in favore della propaganda igienica, dell'educazione medica; per favorire questa nella Cina vi è un'apposita sezione. Fra le attività della Fondazione, vi è anche quella di fornire periodici medici a diversi Stati; fra questi l'Italia ha avuto la fornitura in 30 biblioteche mediche.

Il resoconto è anche interessante per i varii problemi che prospetta e per gli studii sull'anchilostomiasi e sulla malaria. *fil.*

M. KIRCKNER. — *Robert Koch.*
M. STERNBERG. — *Josef Skoda.*

Due volumi di rispettive pag. 84 e 92, con ritratto, che fanno parte della collezione «Meister der Heilkunde». — I Springer ed. Berlino. Prezzo rispettivo marchi-oro 1,70; 2.

La mente del medico, troppo occupata nell'esercizio quotidiano, si rivolge raramente a quei pionieri che alla scienza nostra hanno dato nuovi indirizzi, che hanno aperte nuove vie. Il medico che percuote un torace, un batteriologo che fa un preparato microscopico non pensano che a Skoda ed a Koch essi debbono quei metodi che sembra siano sempre esistiti e che hanno invece prodotto al loro tempo un vero rivolgimento nella scienza. Ottima scuola per la mente e per l'anima sono le biografie dei maestri, che ci dimostrano come essi abbiano trionfato di difficoltà che sembravano insuperabili.

L'editore ha intrapreso la pubblicazione di biografie in bei volumetti rilegati in cui i dati biografici e l'attività scientifica sono chiaramente ed efficacemente esposti, sicchè la loro lettura è consigliabile ad ogni medico colto. Esagerazioni ed errori non mancano. Così si afferma che Koch ed Olwig, sia pure con l'aiuto di Gosio che non appare ben chiaro, trovarono che, in Italia, accanto alla terzana vi era anche l'estivo-autunnale ed anche la quartana; stabilirono che il tempo delle febbri coincideva con quello in cui vi erano le zanzare alate. Essi sarebbero poi venuti nella convinzione che l'Anopheles maculipennis ed il Culex pipiens (sic!) contengono i parassiti nel loro corpo.

Le biografie finora pubblicate comprendono maestri di pura marca tedesca. *fil.*

Annuario bibliografico italiano delle scienze ed affini. A cura del Laboratorio batteriologico della Direzione generale della Sanità pubblica, diretto dal prof. B. Gosio. Un vol. in-16° di 688 pag. Edito dall'Istituto Sieroterapico milanese. — Prezzo L. 20.

L'ottimo Annuario è già al suo VI anno di vita, che abbraccia il 1920-1921. I periodici consultati sono saliti a 220; sicchè si può a ragione dire che esso rappresenta per davvero lo specchio fedele della produzione medica nostra e giustificato è quindi il favore

con cui gli studiosi hanno largamente accolto questa utile pubblicazione.

È stato fatto un appunto all'Annuario, perchè cita, oltre ai lavori italiani originali, anche i sunti di pubblicazioni straniere comparsi sui periodici nostri. Io trovo invece che questo è un vantaggio per lo studioso, il quale nell'intraprendere le ricerche sopra un dato argomento, incomincia già a trovare del materiale nei periodici che più facilmente ha sottomano. Molte volte poi il medico cerca soltanto alcune nozioni, una formola, alcuni dati per dirimere un dubbio ed il sunto che egli trova sui periodici italiani gli è sufficiente.

Piuttosto è del tutto inutile citare come autore chi ha sunteggiato il lavoro originale. In alcuni periodici il sunto rimane anonimo, in altri uno stesso redattore adotta diverse sigle; in complesso poi questo lavoro, sebbene presenti le sue difficoltà, non può paragonarsi a quello delle comunicazioni originali! Col sistema adottato dall'Annuario, vi sono autori che, mentre sono soltanto dei modesti redattori, appaiono di un'attività prodigiosa e multiforme, che contrasta con quella di altri, autori magari di lavori importanti, citati una sola volta.

L'edizione continua ad essere assunta dall'Istituto Sieroterapico milanese, ciò che assicura la vitalità di questo Annuario, il quale, oltre ad essere di una utilità indiscutibile, costituisce anche una bella affermazione di italianità.

fil.

C. LIAN. *L'Année médicale pratique*. Un volume in-16° di 524 pag. con 11 fig. Maloine editore, Parigi, 1924. Prezzo frs. 20.

Questo annuario, che è già al suo terzo anno di vita, contiene, come i precedenti, l'esposizione di tutti i nuovi dati condensati in 300 articoli, disposti per ordine alfabetico e redatti da specialisti per ogni singola branca dell'attività medica. Vi sono altresì le notizie di legislazione medica, l'elenco di nuovi medicamenti, apparecchi, nonchè dei principali libri nuovi pubblicati in Francia. In un capitolo speciale, si trattano alcune questioni (capillaroscopia, chirurgia degli orifici del cuore, ecc.) che, senza avere ancora diritto di entrare nella pratica medica, sono forse la medicina dell'avvenire.

Il volume si raccomanda ai pratici ed a chiunque desideri conoscere ciò che di più interessante si è prodotto nelle scienze mediche durante l'anno. I lavori citati sono quasi tutti di periodici francesi.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica della Romagna.

Seduta del 22 giugno 1924.

La litiasi biliare e la cura medica.

GIUGNI F. (Lugo). — Tratta della litiasi biliare, segnalando quali sono le linee direttive circa la determinazione del limite tra cura medica e cura chirurgica. Da un esame critico di quanto riporta la recente letteratura in proposito e specialmente da alcune divergenze di vedute fra medici e chirurghi, apparse dagli atti dell'ultimo Congresso di Medicina e Chirurgia, dimostra quanta importanza abbiano queste linee direttive che sono contenute in quel giusto equilibrio dopo le esperienze del passato e i recenti progressi specie in campo chirurgico.

La litiasi biliare e la cura chirurgica.

VECCHI A. (Faenza). — Dopo avere discusse le indicazioni dell'intervento chirurgico, riferisce gli esiti della sua pratica, che riguarda 72 operati di colelitiasi (di cui 16 coledocotomie) con 3 morti e 2 pseudorecidive da aderenze. Prende occasione dall'esame di queste complicazioni per sostenere l'opportunità dell'intervento precoce.

La litiasi biliare dal punto di vista radiologico.

UTILI V. (Faenza). — Riferendosi agli studi dei radiologi americani ed inglesi dimostra come l'indagine radiologica vada entrando anche fra di noi nella categoria degli esami complementari, indispensabili in ogni caso sospetto di litiasi biliare.

In generale l'indagine radiologica tanto più si impone al medico e al chirurgo quanto più una diagnosi si presenta incerta: e nel campo della litiasi biliare tale incertezza è tutt'altro che infrequente. Del che l'O. fa la dimostrazione in base alle nozioni anatomiche e alle osservazioni personali, delle quali ne riferisce qualcuna di grande interesse.

Ricorda le pratiche a cui ricorrono i radiologi per superare le difficoltà inerenti a queste diagnosi (introduzione di ossigeno nel retto, nel peritoneo); ricorda i così detti segni indiretti (visibilità e ingrandimento della cistifellea, spasmi ed iperperistalsi gastrica, aderenze piloro-duodeno cistiche, deformazione del bulbo duodenale, ecc.).

Sopra un raro caso di patomimia.

GOTTI G. (Fusignano). — Una ragazza, nel corso di 7 anni, ha presentato sulla superficie del corpo, circa 300 ascessi, di cui oltre 200 incisi, ad evoluzione rapida, con caratteri di grande virulenza, limitati al derma e sottocutaneo, della grandezza di uno scudo circa.

Le ricerche batteriologiche — eseguite dal professor G. Vernoni — hanno rivelato nel pus il proteus vulgaris spesso in cultura pura, a volte unito ad uno streptococco. Sangue sempre sterile.

Gli ascessi si sono presentati su tutto il corpo, escluso il *dorso, parti posteriori delle natiche, capo, collo, mani e piedi.*

Escluso che il germe potesse propagarsi per

via sanguigna — oltre che per la persistente constatata sterilità del sangue — anche per essere rimasti immuni, oltre che gli organi interni, larghissime zone di cute per 7 lunghi anni; esclusa, per simili e per altre considerazioni la propagazione per via linfatica; escluse influenze neurotrofiche, l'O. conclude la propagazione esser dovuta a disseminazione diretta, la quale non può essere stata, per evidenti ragioni, involontaria, ma bensì *volontaria*.

Si spiega così (e questo contemporaneamente conferma la diagnosi) come siano rimaste immuni le parti in cui l'ammalata non giungeva con le mani e — per ragioni cosmetiche — il capo.

L'origine del male segue una disillusione amorosa: la guarigione segue la somministrazione di una sostanza perfettamente indifferente indicata e consigliata dalla stessa persona che fu oggetto del dispiacere amoroso.

Si è cercato, ma inutilmente, di avere la confessione della malata: è pure rimasto incerto il modo col quale la malata procuravasi la disseminazione, ma ciò non ostante, in base alle deduzioni logiche surriferite si è creduti autorizzati a emettere la diagnosi *Patomimia*.

L'O. illustra poi il carattere e la psicologia di questi malati, che, senza scopo di lucro nè d'interesse alcuno, ma semplicemente ubbidendo ad un anomalo impulso psichico, si producono mali anche gravissimi.

Immuno profilassi contro il morbillo.

GALLI P. (Faenza). — Riassunta una sua nota pubblicata nella *Pediatria*, n. 19, 1922, l'O. riferisce di avere nella recente epidemia di morbillo (ottobre 1923-febbraio 1924) praticate in molte famiglie a prole numerosa le iniezioni di siero normale di cavallo a scopo preventivo, e gli esiti sono stati molto confortanti: ad eccezione di alcuni casi, nei quali l'iniezione non riuscì a prevenire lo scoppio del morbillo perchè fatta tardivamente, in tutti gli altri (circa una ventina) il bambino sfuggì alla malattia. Constatazione interessante fu questa che le bambine iniettate nel luglio 1922 non contrassero il morbillo pur frequentando le scuole comunali durante la suddetta epidemia, mentre si ammalarono quelle che frequentarono le scuole stesse ma non furono iniettate allora. Quindi, si può dire che nei casi trattati dall'O. l'immunità persisteva ancora dopo 18 mesi dall'iniezione di siero normale, fatto molto interessante perchè si sa che l'immunità conseguita col siero di convalescente di morbillo non dura che poche settimane.

Stenosi esofagea cicatriziale trattata colla dilatazione retrograda.

ORTALI O. (Ravenna). — Riferisce su di un caso di stenosi esofagea. Discute i vari procedimenti di cura chirurgica usati per tale lesione soffermandosi specialmente sulla *dilatazione* a filo continuo di V. Hacker, che ha servito ottimamente nel suo caso.

Viene alle seguenti conclusioni:

1) Nella quasi totalità dei casi, le stenosi cicatriziali dell'esofago sono curabili per via antigrada *colla dilatazione lenta progressiva* che evita procedimenti più gravi quali: dilatazione colla laminaria, esofagotomia interna, elettrolisi. La dilatazione coll'uso dell'osofagoscopio deve preferirsi a quella alla cieca che non è scevra di pericoli.

2) La *dilatazione retrograda* delle stenosi è indicata nei casi in cui i tentativi di dilatazione per via antigrada sono falliti, sia per ristrettezza invincibile di essa che per complicanze che la possono aggravare (infiammazione, spasmo dell'esofago).

Dei processi di dilatazione retrograda si deve preferire quello di V. Hacker *a filo continuo* che ha dato sempre i migliori risultati, e che assicura la dilatazione senza sottoporre il paziente a manualità gravi e dolorose.

3) Gli *interventi chirurgici per via esterna* nella cura di queste stenosi, al giorno d'oggi devonsi considerare come abbandonati, perchè mai deve succedere che l'infermo con ustioni all'esofago sia abbandonato a se stesso tanto da rendere la stenosi, consecutiva ed inevitabile, invincibile con uno dei vari metodi di cura usati sia per via antigrada che retrograda.

4) La cura della stenosi deve essere iniziata precocemente.

Le inalazioni a secco salso-jodiche nella sindrome adenoidea ed in taluni processi morbosi pleuropolmonari.

TESTI A. (Faenza) — Espone le gravi conseguenze cui va incontro l'organismo del fanciullo a seguito delle vegetazioni adenoidee ed in ispecie di quelle inerenti all'apparecchio uditivo, non che della gracilità che vi consegue.

Stabilisce quando debbono essere ordinate le inalazioni che in casi leggeri possono portare alla completa guarigione. In ogni caso preparano alla operazione redicale, alla quale dovrà fare seguito la cura inalatoria al fine di eliminare le residuali vegetazioni ed il catarro naso-faringeo procurato e mantenuto dalle vegetazioni adenoidi.

Parla delle controindicazioni che si riferiscono all'uso delle inalazioni a secco nei processi polmonari d'origine tubercolare, cui ancora si ricorre da taluni medici e seguito dai brillanti risultati ottenuti nelle così dette tubercolosi chirurgiche: esclude in modo assoluto che le inalazioni salsojodiche a secco debbano applicarsi nei processi polmonari aperti.

Le prove da lui fatte per un triennio sono un sufficiente contributo per poter affermare qualche concetto sul miglioramento e guarigione di processi tubercolotici chiusi colle inalazioni salsojodiche a secco.

Esostosi solitarie rare

PIRAZZOLI A. (Ravenna). — Dopo una rassegna delle ipotesi e delle esperienze eseguite da BREF, MAGEOTTI, POLETTI ed altri, in merito alla trasformazione del tessuto connettivo in cartilagineo ed osseo, mette in rapporto e in raffronto con tali esiti, alcune osservazioni di casi di esostosi solitarie del piccolo trocantere, avendo potuto seguire la graduale evoluzione e la calcificazione degli ele-

menti neoformati. Nella constatazione di questi elementi che avvalorano le ricerche sperimentali, avverandosi gli stessi esiti anche nell'organismo umano afferma l'ipotesi seguita dai più, della proliferazione di un'isola di cartilagine epifisaria, e la probabile alterazione in rapporto ai casi osservati, dal nucleo di ossificazione del piccolo troncantere che è fra i più tardivi a manifestarsi e a saldarsi.

Contributo allo studio dei versamenti pleurici a contenuto colesterinico.

MALAGUTI A. (Imola). — Riferisce il caso di un uomo di 29 anni, etilista, tubercolotico, non luetico, che presentò a varie riprese, nel periodo di 4 anni, tre pleuriti sempre a destra. Il liquido dell'ultimo versamento aveva un tasso di colesterina di grammi 7,008 per mille. La colesterina era normale. L'evoluzione della malattia fu oltremodo benigna, essendo il liquido scomparso dopo due soli svuotamenti.

L'O. si sofferma alquanto a discutere, sulla scorta dei pochi casi conosciuti dalla letteratura, della sintomatologia, etiologia, patogenesi e cura di questa speciale forma di versamento.

Un piccolo nucleo di febbre melitense.

ROSSI P. (Lugo). — Crede utile segnalare, specialmente ai medici pratici, un focolaio di febbre melitense, sviluppatosi nel Comune di Lugo, per richiamare l'attenzione su questa malattia che va prendendo nella Romagna una diffusione notevole.

Altri casi come si sa sono stati descritti dai dott. MAGNANI e MORANDI a Cervia.

Dott. PAOLO GALLI
Segretario — Faenza

Società di Medicina legale di Roma.

Seduta del 12 maggio 1924.

Presidenza del prof. DORE - Presidente.

Prof. OTTOLENGHI fa la commemorazione del socio dott. Pasquarelli, di Marsiconovo.

Un caso di infortunio agricolo in Sardegna e l'art. 144 Reg. Infortuni.

DORE. — L'O. tratta delle difficoltà di pratica per alcuni infortunati di ricorrere ai patronati e dell'opportunità di modificare l'art. 140 del Regolamento sugli infortuni agricoli in modo che sia permesso all'infortunato di presentare direttamente ricorso.

La Società dopo viva discussione alla quale prendono parte in favore e contro Diez, Bellucci e Ottolenghi, decide di interpellare i soci.

Rottura spontanea dell'aorta.

Dott. MASSARI. — L'O. riferisce su tre casi di rottura spontanea dell'aorta avvenuta in corrispondenza di minutissime alterazioni ateromatiche il cui decorso seguiva la linea di frattura in senso orizzontale. L'O. crede che lacerazioni di tal genere non possono confondersi con quelle rotture spontanee dell'aorta dovute ad alterazioni di maggiore entità.

Ritiene questi casi di grande interesse medicolegale per le questioni cui possono dar luogo quando la morte sia avvenuta consecutivamente a lesioni o sospetto di lesioni (traumi fisici o psichici). E' d'opinione che in simili evenienze non possa avere molta importanza l'entità del trauma.

Replicano i soci Ascarelli, Bellucci, Diez e Ottolenghi.

Seduta del 27 maggio 1924.

Presidenza del comm. ASCHIERI - Presidente.

Vengono ammessi a soci il dott. Renzetti Girolamo, l'avv. Francesco Paolo Puccetti e il dottor Jannoni Sebastianini Giorgio.

Sulla simulazione e sulla pazzia nelle carceri.

Dott. DI TULLIO. — L'O. riferisce su 26 criminali sospetti di pazzia o tenuti in osservazione nelle carceri giudiziarie di Roma. Di questi 6 furono inviati al manicomio e 20 restarono in osservazione nelle carceri stesse per le manifestazioni più o meno evidenti di simulazione.

Ritiene che il termine di psicosi carcerarie debba usarsi solamente per questo secondo gruppo, costituito da sindromi neuropsicopatiche influenzate dall'ambiente e favorite nel loro sviluppo dalla predisposizione organica individuale.

Accenna ai rapporti che si possono intravedere tra costituzione e speciali forme di disturbi mentali, e prospetta infine i metodi adottati per la profilassi e la terapia della simulazione nelle carceri.

Dott. ARBORE. — Esperienze sue hanno dimostrato che nelle carceri militari non simula se non chi è malato; si simula a scopo di difesa, però il simulatore quando si vede studiato scientificamente si disarma facilmente e ciò è già un buon risultato pratico derivante dall'esatto studio della personalità dell'individuo.

I monconi di amputazione e la valutazione del danno in infortunistica medico-legale.

Dott. BELLUCCI. — Generalmente nelle amputazioni di arti il danno deve essere liquidato sulla base delle disposizioni dell'art. 95 solo quando si tratta di risultato chirurgico che possa considerarsi normale.

I risultati meno buoni (iporisultati) costituiti da cicatrici non normali (salienti, ipertrofiche, dolorose, ampie, facilmente escoriabili, aderenti, sede di dolore, ecc.) consentono un apprezzamento anche più largo della misura tariffata dal legislatore. L'O. si diffonde a parlare delle condizioni dei tessuti molli e dello scheletro, che appaiono logicamente adatti a contestare un elemento liquidatorio maiorativo del 5 ed anche del 10 %.

Altra ragione di valutazione superiore a quella tariffata è costituita dalle malattie che possono indovarsi sul moncone, ma che debbono essere

messe in rapporto sia pure indiretto coll'avvenuto infortunio.

A queste considerazioni l'O. ne aggiunge una di indole interpretativa e restrittiva; e cioè quella che conduce all'apprezzamento della ipotrofia che spesso cavillosamente, in sede di revisione, viene prospettata con aggravamento. Che anzi la esperienza clinica dimostra che esso coincide con una più efficace utilizzazione del moncone. Fino a che perciò questo assottigliamento non oltrepassa certi limiti che la pratica insegna, non può essere seriamente considerato come elemento aggravativo.

DIEZ condivide pienamente la classificazione patologica del moncone fatta dal Bellucci ed è anche d'accordo nelle applicazioni medico-legali proposte nei riguardi dell'art. 95 del regolamento.

OTTOLENGHI è concorde col Bellucci sulla necessità di individuare il moncone per la sua valutazione.

Richiama l'attenzione sull'importanza dei punti dolorosi sia in riguardo l'accertamento del dolore che per la valutazione del danno.

Rammarica a questo proposito che i clinici non applichino rigorosamente la metodologia medico-legale per l'accertamento e valutazione del fenomeno doloroso secondo i criteri da tempo diffusi dalla scuola di Roma.

Ulteriori ricerche
sulle proprietà biologiche del siero di puerpere.

Dott. B. BOLDRINI. — In continuazione all'esposizione dei primi risultati delle ricerche relative alla presenza di una sostanza capace di precipitare l'albumina del siero di latte, nel siero di donne che hanno partorito, e, seguendo il programma di studio già comunicato alla Società in una precedente seduta, l'O. riferisce i risultati oltremodo incoraggianti delle ricerche di agglutinine attive verso i globuli di latte umano e dei fermenti proteolitici capaci di sviluppare l'albumina del latte stesso.

Così, complessivamente, egli propone tre reazioni: una prima che si pratica eseguendo la reazione zonale delle precipitine, sovrapponendo al siero limpido del sangue della puerpera una diluizione parimenti limpida all'1:10 del siero di latte umano ottenuto per filtrazione e successiva centrifugazione.

Una seconda reazione consiste nell'osservare preferibilmente all'agglutinoscopio, il comportamento di una soluzione diluitissima, appena opalescente, di latte umano a contatto del siero di puerpera, che in caso positivo si chiarifica, lasciando separare i globuli di latte in minuscoli fiocchi che galleggiano nel liquido limpido.

I fermenti proteolitici sono posti in evidenza con un metodo basato sulla reazione di Abderhalden con la ninidrina: 2 cc. di latte umano bollito vengono addizionati di 1 cc. di siero di puerpera e posti in un «ditale di diffusione» vengono lasciati dializzare in acqua distillata per 16 ore in termostato a 37°, protetti da uno strato di toluolo. Se la reazione è positiva i prodotti di idrolisi dell'albumina del latte vengono dimostrati nell'acqua distillata del dializzato con la reazione violetta della ninidrina.

La reazione ha valore quando si pratichino i controlli, atti ad escludere la presenza di peptoni nel siero in esame e nel latte usato per la reazione, ai quali l'O. consiglia di aggiungere un controllo di latte-siero di non puerpera e un altro dello stesso siero solo.

Come specificità della reazione, limitatamente al numero delle sue osservazioni, l'O. ha trovato l'assoluta specificità nel siero di puerpera, escludendo anche il siero di gravida fino al 9° mese. Per la persistenza della reazione, non ha potuto disporre di sufficiente numero di casi per stabilirla.

Ha ottenuto reazione positiva a 7 mesi dopo il parto in una donna che allattava e a 11 mesi in un'altra donna che aveva sospeso l'allattamento da circa due mesi.

Per stabilire con esattezza questo dato che è essenziale per le evidenti applicazioni medico-legali delle sue reazioni, l'O. si propone di continuare le ricerche a mano a mano che gli si presenteranno casi adatti allo scopo che si prefigge.

Seduta del 1° luglio 1924.

Presidenza del prof. DORE - Presidente.

Sulle variazioni del potere immunitario del siero nelle asfissie.

Prof. A. BELLUSSI. — Ricerche sulle variazioni del potere emolitico del siero nella asfissia per avvelenamento da CO hanno confermato le modificazioni (diminuzione) di detto potere, già messo in evidenza nelle asfissie per mancanza di aria in spazio chiuso.

Nessuna notevole variazione fu osservata nel potere precipitante. Le esperienze riconfermano il fatto che l'asfissia modifica le proprietà biologiche del siero agendo sulla sua composizione colloidale.

Discussione sull'art. 140
Regolamento infortuni agricoli

Si continua la discussione sulla precedente comunicazione dell'on. DORE. Dopo ampia discussione la Società ha approvato all'unanimità il seguente ordine del giorno:

«La Società di medicina legale di Roma, nella seduta del 1° luglio c. a. in occasione della comunicazione dell'on. Dore su di «un caso di infortunio agricolo», ha rilevato e riconosciuto gli inconvenienti messi in luce dalla applicazione della legge infortuni agricoli; richiama l'attenzione del Governo sulla deficienza di organizzazione e funzione degli attuali Istituti di patronato, che mettono sovente l'infortunato nella impossibilità di far valere le proprie ragioni; fa voti per una provvida revisione degli articoli 16 della legge e 140 del regolamento, riservandosi farne oggetto di ulteriori studi e di proposte più concrete».

BELLUSSI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Il fondo dell'occhio dei diabetici.

Le lesioni diabetiche del fondo dell'occhio sono rappresentate principalmente dalla retinite diabetica. Queste lesioni sono state studiate subito dopo la scoperta dell'oftalmoscopio (1860). I primi osservatori attribuirono le alterazioni retiniche alle lesioni renali concomitanti. Dopo il 1869 Noyes ed altri fecero notare che la retinite diabetica si può avere all'infuori di qualsiasi complicazione renale apparente.

Alterazioni visibili all'oftalmoscopio. — Sono visibili i segni di emorragie retiniche, di placche bianche di degenerazione, di retinite proliferante. La predominanza di qualcuno di questi elementi, il loro numero, la loro ripartizione, il loro raggruppamento, creano non già dei tipi, ma delle figure dove predominano o fatti emorragici, o fatti degenerativi, o fatti di proliferazione. Il N. ottico è molto raramente interessato: ciò non ostante può essere atrofizzato, ed i due casi riportati dall'A. si riferiscono a diabetici giovani.

La patogenesi delle lesioni non è ben chiara: la colesterinemia sembra avere grande importanza (Chauffard).

La diagnosi della natura diabetica delle lesioni del fondo dell'occhio non si può fare con il solo oftalmoscopio: i medesimi caratteri si hanno nella retinite albuminurica: ma mentre nel diabete la retinite proliferante è più frequente e l'interessamento del nervo ottico è eccezionale, nell'albuminuria la compartecipazione della papilla è più costante, e nelle nefriti la retinite proliferante è rara.

Speciale menzione merita la prognosi: mentre nelle nefriti croniche una retinite comporta una prognosi molto grave, nel diabete è possibile una lunga sopravvivenza, anche quando esiste nello stesso tempo albuminuria. La prognosi nel diabete deve basarsi sulla iperazotenia, sulla costante ureosecretoria e sulla ipertensione vascolare. Nel diabete con ipertensione ma con buona costante ureosecretoria la prognosi *quoad vitam* è relativamente poco grave. Dal punto di vista della funzione visiva i malati non arrivano alla cecità assoluta, pur riducendosi alla percezione confusa delle cose.

Il trattamento, indipendentemente dal regime dei diabetici, richiede una terapia ipotensiva. In alcuni casi va istituita la cura antisifilitica. Non mancano insegnamenti sopra la possibile azione benefica dell'insulina.

Localmene possono giovare il sanguisugio e le iniezioni sottocongiuntivali di siero fisiologico.

(L. GENET. *Le Journal de Médecine de Lyon*, 20 marzo 1924).

PERSIA.

CASISTICA.

La degenerazione lenticolare progressiva.

Descritta esattamente pel primo da Wilson nel 1912, ma sotto il nome di tale autore, ed è caratterizzata da uno sviluppo progressivo di tremore e rigidità diffuse della muscolatura dello scheletro, disturbi della deglutizione e articolazione, riso e pianto spastico, grado lieve di demenza, con assenza completa, nei casi non complicati, di fatti paralitici e di modificazione dei riflessi. Talora esiste anche una pigmentazione verdastra della cornea, in forma di piccolo alone translucido, che dal limbo si avanza verso il centro.

Anatomopatologicamente la lesione nervosa consiste in una degenerazione simmetrica dei nuclei lenticolare e caudato, con minima compartecipazione del globo pallido, con l'aggiunta di una cirrosi multilobulare del fegato, clinicamente non rilevabile.

La malattia colpisce quasi egualmente i due sessi, nell'età dai 10 ai 25 anni, e non sembra che l'eredità abbia importanza alcuna.

Riguardo alla patogenesi non si conosce ancora nulla di certo, e poco convincente è l'ipotesi di Wilson, che si tratti di una tossina di origine epatica con azione patogena elettiva per il corpo striato.

J. G. Greenfield, F. I. Pointon e F. M. R. Walshe (*The Quart. Jour. of Med.*, n. 68, July 1924) riportano la storia di una ragazza di 14 anni, senza precedenti morbosi, la quale cominciò ad ammalare non riuscendo a tener ben chiusa la bocca, perdendo la saliva, e con disartria progressiva.

Dopo un anno la faccia aveva assunto la tipica maschera inespressiva, si presentavano talora accessi spastici di pianto e riso, e gli arti superiori acquistavano progressivamente un'attitudine di flessione permanente. Sensibilità e riflessi normali. Negli otto mesi successivi la rigidità guadagnò la muscolatura dei segmenti inferiori del corpo ed apparvero tre-

mori. La morte sopraggiunse al 20° mese di malattia, dopo un decorso apirettico e senza nessun sintomo da parte del fegato. La cornea presentava alla periferia una lucentezza verdastra. All'autopsia si riscontrò cirrosi epatica atrofica multilobulare diffusa, e raggrinzamento del corpo striato, a carico del putamen e del nucleo caudato, nei quali microscopicamente si rilevò degenerazione cellulare e iperproduzione di nevroglia. La colorazione di Marchi mise in evidenza fatti degenerativi anche dei fasci che riuniscono il putamen al nucleo rosso e al corpo di Luys, del fascicolo longitudinale posteriore e del peduncolo cerebellare superiore.

La pigmentazione della cornea risultò dovuta alla presenza di fine granulazioni brune nella membrana di Descemet.

Nella discussione diagnostica gli AA. mettono in guardia dal credere che ogni caso con sintomi riferibili ai gangli della base e con cirrosi epatica asintomatica sia da ascrivere alla malattia di Wilson, dovendosi prima escludere la possibilità che si tratti di una intossicazione cronica da manganese, la quale dà una sintomatologia identica. Sostengono, in ogni modo, che non debbano più occupare un posto speciale nella patologia i cosidetti casi di «pseudosclerosi» di Westphall e Strumpell, i quali sono da far rientrare senza altro nell'entità morbosa rappresentata dalla malattia di Wilson.

M. FABERI.

La paralisi facciale a frigore.

È forse la più frequente fra le paralisi di origine periferica; certamente è quella in cui i sintomi sono più apparenti. La deviazione della bocca, l'impossibilità di fischiare, la scomparsa delle pieghe e delle rughe, il lagoftalmo che può portare alla congiuntivite, l'epifora permettono una diagnosi rapida. Le paralisi di origine centrale non raggiungono il facciale inferiore; in esse le palpebre e la fronte hanno conservato la mobilità. Esistono inoltre segni di lesioni endocraniche.

Nella paralisi facciale *a frigore*, di cui l'eziologia è tuttora discussa, tutti i muscoli della faccia (fronte, palpebre, labbra) sono presi; essi presentano atrofia e le ricerche elettriche mostrano una rapida reazione di degenerazione. Per la ricerca di questa, basta disporre di una macchina galvanica, con milliamperometro ed invertitore della corrente e di una bobina faradica. La reazione per eccitazione del nervo (punto motore avanti al trago) è molto diminuita, spesso abolita per le due correnti; analogamente è abolita o molto diminuita l'eccitabilità dei muscoli alla corrente faradica. Per ricercare l'inversione della formola, si applica un grande elettrode al dorso e si eccitano i muscoli nei punti motori, alla faccia. Nel normale e nelle paralisi che non dipendono da una lesione situata al disopra del bulbo, la reazione muscolare è ottenuta dapprima alla chiusura della corrente, tenendo il polo negativo al punto motore. Aumentando l'amperaggio, si ha la reazione muscolare alla chiusura del polo positivo, poi all'apertura di questo, infine all'apertura del negativo. In pratica, ci si rende conto della reazione, manovrando l'invertitore della corrente, mentre si mantiene l'elettrode eccitatore in posto, al punto motore del nervo.

M. Alexander (*Le Scalpel* 1924, n. 26) riconosce che il trattamento elettrico è indispensabile. Ogni due giorni, si pratica la galvanizzazione, con alcune eccitazioni ad ogni punto motore con l'elettricità negativa e la faradizzazione della regione preauricolare, parotidea e dei muscoli, scegliendo un interruttore lento, con una-due interruzioni per secondo. Sono segnalati dei buoni risultati dall'uso dei salicilati (8 g. al giorno) e dallo joduro (3 g. al giorno), salvo manifestazioni di intolleranza. Non bisogna poi scordare che la paralisi facciale è una forma frequente di neurorecidiva durante il trattamento della sifilide; in tal caso, si continuerà la cura specifica. Nei tumori della parotide ed in molti operati di mastoidite, si ha lo stesso effetto sui muscoli innervati dal facciale.

fil.

Sulla nevralgia del trigemino.

La nevralgia del trigemino deve essere, secondo D. Kulenkampf (*Zentralblatt für innere Medizin*, n. 33, 16 August 1924), staccata nettamente dalle nevralgie degli altri tronchi nervosi, e considerata come una entità morbosa a sè.

La causa di questa affezione risiederebbe costantemente nel *Ganglion Gasseri*, e precisamente in uno degli aggruppamenti cellulari che entrano a far parte del ganglio medesimo. La distinzione, quindi, tra forme periferiche e forme centrali non ha, secondo l'A., ragione di esistere.

Contrariamente all'opinione della massima parte degli autori, il Kulenkampf non soltanto nega qualsiasi importanza diagnostica ai cosidetti *punti dolorosi del Valleix* nella nevralgia del V paio, ma afferma (partendo dal concetto che la sede della lesione è centrale)

che siffatti punti il più delle volte non esistono. L'assenza, anzi, di punti dolorosi costituirebbe, secondo l'A., uno dei principali criteri differenziali con le nevralgie degli altri tronchi nervosi. La nostra esperienza clinica, però, non ci permette di consentire in questa affermazione.

La genesi degli attacchi deve ricercarsi, a detta dell'A., in disturbi circolatori a carico dei vasi che irrorano il *Ganglion Gasseri*, e che provengono, come è noto, dalla *Carotis interna*.

A rendere più facilmente comprensibili i fenomeni subbiettivi (accessi dolorosi e parestesie) e obbiettivi (disturbi secretori, vasomotori e trofici) che si osservano nelle nevralgie nel trigemino, l'A. riporta uno schema personale che può essere forse suggestivo, ma che risente alquanto dell'artificio. FUMAROLA.

Edema polmonare acuto e polmonite per lesione del 7° segmento midollare dorsale.

In un paziente operato di resezione della 5ª, 6ª, 7ª radice posteriore sinistra, per grave nevralgia toracica, insorge durante l'operazione cianosi, dispnea e tachicardia, che si accentuano sempre più, fino a che dopo 24 ore appare una polmonite del lobo inferiore sinistro, rapidamente mortale.

T. Fay (*The Journ. of ner. and ment. Dis.* Vol. 60, n. 2, 1924), illustrando il caso, ricorda i recenti studi di autori americani, per cui si è assodata la presenza di 2 gruppi di segmenti midollari sedi di riflessi polmonari, di cui il 1° va dalla 3ª cervicale alla 2ª toracica, e il 2° comprende la 7ª toracica e adiacenti.

È per rapporti di sviluppo embrionale che tali gruppi si stabiliscono, ed il secondo di essi, che possiamo chiamare gruppo caudale, è adibito unicamente ai riflessi vasali.

Si spiega quindi con facilità come la lesione operatoria delle fibre vasomotorie abbia generato l'ipotensione vasale e la vasodilatazione; stabilitosi così edema e congestione del polmone, i germi patogeni vi hanno rapidamente attecchito, provocando la polmonite mortale.

M. FABERI.

TERAPIA.

Sugli accidenti dovuti all'anestesia locale.

Cheinisse, sulla *Presse Médicale* del 1924, n. 40, riporta i dati raccolti da una commissione americana d'inchiesta sugli accidenti da anestesia locale, presieduta da E. Mayer.

Colpisce anzitutto il numero alto di casi mortali: 43; la sintomatologia press'a poco è la stessa: dispnea, arreso del respiro in alcuni minuti; sono da incriminarsi sia i nuovi anestetici sintetici, come i vecchi. Infatti i 43 casi si ripartiscono così:

Alipina 1; Apotesina 4; Butina 4; Butina e cocaina 1; Cocaina (con o senza novocaina) 26; Procaina (novocaina) 2; Stovaina 1; Imprecisabili 2; Per cause differenti 2;

40 casi perciò (24 uomini, 16 donne) sono essenzialmente dovuti all'anestesico. Il più giovane malato aveva 3 anni, il più vecchio 70.

20 sono morti negli ospedali, 10 nei gabinetti di consultazione, 6 nei dispensari.

Secondo gli interventi troviamo:

Toracoplastica 1; Ernia scrotale 1; Estrazione di dente 1; Resezione di costola 1; del cornetto medio 1; Tiroidectomia 1; Emorroidi 1; Operazioni sull'antro d'Highmoro 2; per bruciature 2; Laparotomie 20; Operazioni nel setto nasale 3; Cistoscopie 6; Tonsillectomie 20; Prostatectomia 1.

L'inchiesta mostra che in realtà si esagera l'importanza della suscettibilità individuale di fronte agli anestesici; 20 autopsie non hanno dimostrata questa suscettibilità ed hanno convinto che lo status lymphaticus spesso è invocato a torto.

La Commissione sconsiglia le iniezioni intrauretrali d'anestesico locale, condanna l'uso di paste alla cocaina. Essa giudica inoffensive: per la cocaina le applicazioni buccali e faringee al 5%; al massimo al 10% per il naso con un totale di gr. 0,06-0,10, per gli occhi al 5%; per il laringe e i bronchi al 10% senza sorpassare i gr. 0,06-0,10.

Se si usa la novocaina le soluzioni saranno all'1%; per la apotesina al 2%; la butina non dovrà mai essere usata in soluzioni iniettabili, ma solo per applicazioni locali al 2%.

D'altra parte occorrerà esser bene prudenti nell'uso dell'adrenalina che siamo abituati ad aggiungere alla cocaina: un milligramma di essa basta per aumentare la tossicità di questa. La Commissione raccomanda di usare soluzioni di adrenalina all'1 per 10000 con un massimo di dieci gocce.

In linea generale occorre astenersi dall'uso di anestesici non dosati rigorosamente.

La Commissione per combattere gli accidenti d'intossicazione consiglia il massaggio del cuore, l'iniezione intracardiaca di adrenelina (2 cc. all' 1 per 10000): ritiene dannosa la morfina come antidoto.

MONTELEONE.

Gli incidenti della bismutoterapia.

Hudelo e Rabut (*Presse médicale*, 1924, n. 23) così li classificano.

Bocca. Le forme più lievi consistono nella odontalgia e nella salivazione; si osservano per lo più in seguito all'iniezione endovenosa e svaniscono in 12-24 ore. Più importante è la stomatite; talora costituita da una pigmentazione ai margini gengivali, dove si ha un alone blu-ardesia che si inizia di solito attorno ad un dente cariato e può diffondersi per tutta la bocca. Negli individui con la bocca in cattive condizioni, la stomatite può divenire ulcerosa, con scialorrea fetida, lingua saburrale, colore pallido, dolori. Questi incidenti non sono molto frequenti, possono verificarsi in qualunque stadio della cura, non raggiungono mai l'intensità della stomatite mercuriale e guariscono rapidamente.

A carico del tubo digerente, si hanno incidenti di lieve entità e poco frequenti, Peso allo stomaco e dolore all'epigastrio, raramente, dopo l'iniezione, uno stato di nausea e vomito.

Si è notato qualche raro caso di ittero.

Varii sono i disturbi a carico della *pelle*. Il prurito, spesso localizzato, si verifica subito dopo l'iniezione e scompare rapidamente. L'orticaria, di solito recidivante, può essere regionale o generale; si accompagna a prurito e febbre, scompare di solito, dopo 24 ore.

La manifestazione cutanea più importante è l'eritema scarlattiniforme, caratterizzato da una roseola eritemato-squamosa scarlattiniforme, che dura una diecina di giorni, ma può anche aggravarsi.

Si hanno anche disturbi a carico dei reni (albuminuria), del sistema nervoso (disturbi vago-simpatici, cefalea, dolori articolari e muscolari) e dello stato generale (febbre; stanchezza).

Per la profilassi, si impone l'esame preventivo del paziente (bocca, reni stato generale).

fil.

Pseudotumori consecutivi ad iniezioni.

È stata segnalata da diversi autori la formazione di pseudotumori sottocutanei consecutivi ad iniezioni sopratutto di olio canforato. L'esame microscopico dimostra che si tratta di un tessuto infiammatorio dovuto alla presenza di un corpo estraneo, che in tal caso, era l'olio. La reazione infiammatoria è capace di produrre una quantità enorme di tessuto connettivo fibroso, cicatriziale. Questo, mal nutrito, finisce per subire al centro la degenerazione ialina ed allora il processo rimane stazionario in questo punto. Invece, nelle parti periferiche, la reazione infiammatoria, bene alimentata da un'abbondante vascolarizzazione, continua. Ne risulta che questi granulomi crescono lentamente, ma continuamente a guisa di una macchia di olio che si diffonde. Quindi, se la struttura istologica di questi granulomi è quella di un tessuto infiammatorio, la loro evoluzione è invece quella di un tumore grave che rende necessario un intervento. Spesso anche l'operazione rimane incompleta ed i risultati sono mediocri.

Si incrimina, di solito, per la produzione di tali granulomi l'olio di vaselina. J. L. Nicod (*Rev. méd. de la Suisse romande*, genn. 1924) ritiene invece che qualsiasi corpo grasso sia capace di produrli. Più che la qualità del corpo grasso, hanno importanza per la loro genesi, la quantità del liquido iniettato, la vitalità dei tessuti al momento dell'iniezione, i disturbi della circolazione locale e generale. Quasi tutte le osservazioni concernono individui che, al momento in cui si praticarono tali iniezioni, erano affetti da malattie gravi e quindi in stato di debolezza.

Bisogna riconoscere però che l'evenienza di questi granulomi è assai rara in confronto del gran numero di iniezioni oleose che si praticano. D'altra parte non è certo da accettarsi il consiglio dell'A. di sostituire le iniezioni sottocutanee con le endovenose, poichè nel caso dell'olio canforato ci si esporrebbe a gravi pericoli ed il rimedio sarebbe peggiore del male.

fil.

Danni dei catartici salini negli stati di disidratazione.

Underhill e Kapsinow (*Journ. of. b. c. Med. Ass.*, 5 gennaio 1924, dalla *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*) studiarono gli effetti della disidratazione e relativa concentrazione sanguigna che seguono alla somministrazione di purganti salini.

Somministrarono con la sonda gastrica del tartato potassico e jodico, o solfato di sodio o solfato di magnesio a cani adulti e normali dopo un periodo di digiuno senza acqua, e a cani digiuni ai quali era stata somministrata acqua.

Nei cani disidratati non ebbero che scarsa concentrazione sanguigna e nessuna azione purgativa. Però il solfato di magnesia esercitò azione nociva su midollo spinale: dopo pochi minuti si ebbero debolezza generale, movimenti spastici delle estremità, alterazioni

del respiro, ed anestesia completa per due ore e più.

Qualche volta si ebbe morte rapida.

Tali fatti non si ebbero negli animali che avevano preso acqua.

Bisogna dunque usare con cautela il solfato di magnesia nelle condizioni in cui può esservi forte concentrazione del sangue.

PERSIA.

Un caso di avvelenamento da colchicina.

Leibholz (*Med. Klinick*, n. 52, 1923) riferisce un caso di intossicazione da colchicina avendo il paziente ingerito per errore 50 tavolette da 1 mmgr. anzichè 4. Il paziente venne colto da collasso e da diarrea, il polso era piccolo e molto frequente, la faccia arrossata. Venne eseguita la lavanda gastrica e vennero fatte iniezioni di caffeina: albuminuria e cilindruria. Vomito e diarrea seguitarono per alcuni giorni. Guarigione completa. POLL.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

L'azione sui grassi del polmone

L'importanza dei polmoni nel metabolismo dei grassi è stata messa in rilievo da ricerche recenti di Roger e Binet.

Studiando i polmoni di cani normali Gelbert e Joimer (*Paris Médicale*, n. 3, 1924) hanno segnalata la presenza di masse grassose nei capillari sanguigni degli alveoli: il grasso ivi giunge attraverso l'arteria polmonare: ma parte di esso è restituito alla circolazione generale per mezzo della vena polmonare; ma parte deve esser consumata in situ; un'altra si elimina nei bronchi. Roger e Binet hanno mostrato che il sangue perde il 10% del suo grasso nei polmoni (lipopessia polmonare) ed hanno dimostrato il suo consumo in situ. (lipodieresi polmonari).

Secondo G. e J. la localizzazione del grasso si verifica nell'interno dei capillari sanguigni in forma di embolie trombosanti, nelle cellule di Kuppfer, nelle cellule epatiche. Essi ravvicinano l'azione del grasso per parte dei polmoni, alla funzione grassosa del fegato. L'attività lipodieretica del polmone è più intensa di quella del fegato: questo fatto, come la molto maggiore estensione del polmone spiegherebbe perchè malgrado il sangue che tocchi quest'organo sia più ricco in grassi per la vicinanza del dotto toracico, i capillari sono meno uniformemente forniti di questa sostanza in confronto del fegato, venendo una gran parte di essa rapidamente distrutta.

MONTELEONE.

IGIENE.

L'igiene nei negozi da barbieri.

Sulle modalità da seguirsi per la disinfezione degli utensili usati dai barbieri, l'accordo non è ancora raggiunto. Qualche comune ha emanato in proposito delle ordinanze e, di fatto, in alcuni negozi si vedono dei cartelli in cui si annunzia che ivi si pratica una disinfezione accurata, ma il più delle volte, tutto si riduce ad un barattolo con una soluzione di lisoformio nella quale ogni tanto si sciacquano alcuni degli utensili usati. Chi possiede delle cognizioni, anche elementari sulla disinfezione, comprende che tale manovra è del tutto inutile ed illusoria. Il lisoformio ha il vantaggio di non intaccare gli strumenti, ma è anche un germicida tanto debole da non potersi affatto contare su di esso. Con la soluzione al 5% del tipo grezzo, che è il più forte, l'uccisione dello stafilococco non è sicura nemmeno dopo mezz'ora di contatto. Il tipo usato dai barbieri è di solito quello per toletta, e possiede più debole azione germicida, la quale viene anche a scémare per il fatto che la stessa soluzione rimane a lungo nel barattolo con conseguente evaporazione della scarsa formaldeide contenutavi. La disinfezione poi è una operazione che deve eseguirsi con cura minuziosa se si vuole ottenere un effetto e tale accuratezza non può essere seguita dal barbiere che non ha le cognizioni semplici, ma necessarie e che spesso è troppo affacendato per pensarvi.

Uno dei pericoli è rappresentato dal pennello per la barba, che può essere infetto da spore de carbonchio, ma il pericolo sovrasta anche il privato che si sbarba da sè. Vi si può ovviare con la disinfezione del pennello subito dopo l'acquisto; disinfezione che può praticarsi mediante l'immersione in formalina a $2^1/_2$ % a 39°, tenendovi il pennello per 10 minuti e ripetendo due volte l'operazione. Ma la disinfezione corrente del pennello usato dal barbiere non è agevolmente realizzabile. L'immersione in acqua bollente non può farsi per i pennelli in cui i peli sono tenuti insieme da resine o colle; il sublimato e l'ossicianuro di mercurio sono decomposti dal sapone aderente ai pennelli. Un rimedio radicale sarebbe la soppressione di questi, ma la loro sostituzione incontra pure delle difficoltà e quelli che hanno proposto di sostituirli con cotone o con garza non si sono evidentemente mai curati di fare qualche esperimento, she avrebbe loro dimostrato l'inapplicabilità delle loro proposte. Del resto forse il pericolo non è tanto grave come si suppone; il pennello è continuamente bagnato con il sapone il quale, per arrivare a dare la schiuma,

deve trovarsi in una certa concentrazione e quindi, se pure non ha azione germicida, non è certo un mezzo su cui i germi possano conservare la loro vitalità.

Per gli oggetti in metallo, la disinfezione più semplice consiste nell'immersione in acqua bollente; occorre però tener presente che questa, se prolungata, potrebbe alterare il filo del rasoio. Lo strofinamento con alcool sarebbe inefficace.

Per le spazzole ed i pettini, E. Schmid (I) consiglia l'immersione in ammoniaca diluita al decimo e tiepida, seguita da risciacquatura, procedimento che sarebbe efficace e non danneggerebbe gli oggetti, come invece fa la soluzione di carbonato di sodio o di sapone a 60°. Anche l'immersione in una soluzione di formalina sarebbe efficace, ma è da temersi l'azione irritante sulla cute della formalina rimasta aderente alla spazzola. Nessuna azione antisettica esercita la pietra d'allume che si usa dare dopo la sbarbatura; alcuni anzi ritengono che essa sia più che altro dannosa per i germi che possono essere contenuti nelle piccole crepe.

La disinfezione degli utensili dovrebbe, a rigor di termini, essere fatta dopo l'uso per ogni cliente. Non potendo ottenere ciò sarebbe almeno da esigere che, alla sera tutti gli utensili venissero chiusi in una cassetta contenente delle pastiglie di formaldeide, analogamente a quanto si pratica per la disinfezione dei cateteri. Il lungo contatto con l'atmosfera carica di vapori di formaldeide sarebbe efficace anche con una concentrazione bassa di questa, tale di non essere poi irritante per la cute.

Particolare cura si esigerà per la biancheria, che, dovrebbe essere ricambiata per ogni cliente, per il vestito (per cui ormai è entrata nell'uso una sopravveste bianca) e per le mani, che dovrebbero essere lavate con sapone prima di passare ad un nuovo cliente. *Filippini.*

(I) Thèses 1923 della Scuola politecnica di Zurigo. Rif. in II Congresso di medicina e farmacia militare, vol. II, pag. 487.

VARIA

Che cosa ha reso l'insulina al dott. Banting.

Al dott. Banting sono stati assegnati: il premio Noebel (condiviso col dott. MacLeod); una rendita annua di 150 sterline (pari a circa 100.000 lire) da parte del Governo canadese; una cattedra *ad personam* nell'Università di Toronto; il premio Reeve di questa Università; la medaglia Rosenberg dell'Università d Chicago; la medaglia John Scott della città di Filadelfia; ecc. È stato raccolto un milione di dollari per creare un Istituto intitolato al suo nome. Noi chiediamo: in Italia come sono state ufficialmente compensate le scoperte di Pacinotti, Ferraris, Marconi, Golgi, Grassi, ecc.?

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

GAVELLO G. *Scleroma delle prime vie respiratorie.* — Ciriè, G. Capella, 1923.

GHETTI G. *Spirochetosi ittero-emorragica sperimentale in giovani caprini.* — Roma, Industria Tip. Rom., 1922.

ID. *La presenza della spirocheta ittero-emorragica nei ratti della città di Faenza.* — Roma, Industria Tip. Rom., 1923.

GHETTI G. *Un caso di distrofia pilare.* — Napoli, Giuseppe Marino, 1920.

HUZELLA THEODOR. *Krieg und Frieden im Lichte der Medizin.* — Berlin, S. Karger, 1923.

JEMMA ROCCO. *Leishmaniosis infantum.* — Berlin, Julius Springer, 1923.

LICINI C. *La reazione del Cammdge nelle malattie del Pancreas.* — Milano, Franc. Vallardi, 1923.

ID. *La dimostrazione delle fibrille reticolari con il metodo Bielschowsky per la diagnosi differenziale tra sarcoma ed epitelioma.* — Napoli, Coop. Tip., 1911.

LICINI C. *Contributo allo studio dei tumori melanotici.* — Naopli, Coop. Tip., 1911.

LICINI C. *Über einen tumor der Glandula carotica.* — Leipzig, F. C. W. Vogel, 1908.

LICINI C. *Sulla disinfezione della pelle in chirurgia.*

LUZZATTI T., RONCHI A., POLLITZER R. *Ricerche preliminari sull'azione di estratti leucocitari nella infezione tubercolare sperimentale.* — Napoli, Edizione de «La Pediatria», 1922.

MALLARDI MARIO. *La febbre tifoide nell'infanzia.* — Napoli, Tip. «La Nuovissima», 1923.

MAROGNA PIETRO. *Contributo allo studio delle ematurie renali e nefralgie ematuriche.* — Napoli, G. Barca, 1922.

ID. *Contributo allo studio della bacillemia e bacilluria nelle forme di tubercolosi chirurgica e polmonari non cavitarie.* — Napoli, M. Ruggiano & C., 1922.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

QUESTIONI PRATICHE.

LXXIV. — Rimedi giuridici nei casi di concorsi ad impieghi pubblici.

La erronea valutazione, da parte della Commissione giudicatrice di un concorso ad impiego pubblico, del servizio prestato da un candidato, non costituisce violazione di un diritto subbiettivo, dalla quale sorga azione giudiziaria.

« E ciò dice, correttamente la sentenza 30 giugno 1924, n. 1255, della Corte di Cassazione del Regno — per duplice considerazione. In primo luogo, la gratuatoria dei vincitori, in concorso bandito per pubblici impieghi, è la risultante non della risoluzione di pure quistioni di diritto positivo, ma sovratutto di accertamenti amministrativi delle attitudini e dei requisiti dei candidati in correlazione alle esigenze del pubblico servizio.

« Di qui segue che, se fra le varie operazioni compiute dalla Commissione giudicatrice si avesse una mera interpetrazione ed applicazione di leggi positive e questa si assuma errata, non perciò il concorrente può dire che da detto errore sia dipesa in modo decisivo la classifica a questo o quel posto e possa invece affermare l'opposto diritto a diversa classifica, appunto perchè questa dipende da altre e sostanziali indagini non più rette da norme tassative di diritto, ma demandate al giudizio discrezionale della pubblica amministrazione.

« E se pertanto una utilità privata, nella specie una data classificazione in graduatoria, dipende non pure ed in parte minima dallo accertamento di condizioni di diritto, da farsi con mera interpetrazione di norme giuridiche, ma principalmente e sostanzialmente dalle determinazioni discrezionali delle pubbliche Amministrazioni, è ovvio che quella non possa formare obbietto di diritto subbiettivo del concorrente, anche se si assuma essere incorso un errore in quel primo accertamento.

« Può bene il concorrente denunciare davanti i competenti istituti di giustizia amministrativa quell'errore e chiederne la congrua correzione, ma non mai esperire azione davanti i giudici ordinari. A detti principi si è sempre attenuta l'autorità giudiziaria nelle quistioni dibattute su tale obbietto.

« Ma v'ha di più. Le norme di diritto, che disciplinano le operazioni di concorso e prefiggono criteri di valutazione dei servizi e titoli dei concorrenti, sono coordinate a frenare lo arbitrio delle Commissioni e sono dettate a tutela precipua ed immediata dello interesse dell'Ente pubblico; ma non sono informate allo intendimento di dare protezione giuridica individualizzata ai corrispondenti interessi singoli dei concorrenti.

« Incomincia in detta materia a delinearsi il diritto subbiettivo tutelabile dal giudice comune, sol dopo che la graduatoria è stata compiuta ed occorra in base ad essa provvedere alle nomine.

« Qui invero di regola, salvo contrario disposto di legge o di bando, la graduatoria costituisce fonte di diritto per il classificato e di obblighi per l'amministrazione, che è tenuta ad attenervirsi, ma anche quel diritto è temperato da alcune opposte facoltà dell'amministrazione ».

LXXV. — Decorrenza del termine per il ricorso.

La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 1° febbraio 1924, ric. Comune di Atena Lucana, ha dichiarato che dalla comunicazione di una deliberazione consigliare di licenziamento fatta con *lettera* del Sindaco, la quale non contenga il testo integrale ma soltanto il sunto della deliberazione stessa, non decorre il termine per il ricorso alla giurisdizione amministrativa. Sin qui la decisione. Ma è opportuno non esporsi a rischi, sia perchè la efficacia della notificazione, anche secondo la tesi accolta dalla V Sezione, dipende dal contenuto della lettera, in quanto possa essere considerato, nei singoli casi, sufficiente o non, sia perchè la giurisprudenza della IV Sezione, non è, su questo punto, nello stesso senso di quella sopra indicata. Ricevuta, la comunicazione conviene agire, chiedendo copia del provvedimento.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

La questione ospitaliera e le assicurazioni sociali (Assicurazione malattia - invalidità - infortuni).

Sotto questo titolo modesto con i tipi dell'editore Cappelli di Bologna (1924), il professore Gustavo Pisenti pubblica un libro che ha un contenuto di importanza assai più largo di quello che il titolo stesso e la prefazione del prof. Baldo Rossi farebbero intravedere.

I rapporti tra gli Istituti destinati a gestire le varie forme di assicurazione sociale e le istituzioni ospitaliere sono indagati profondamente ed esaurientemente sulla base di numerosi dati statistici raccolti, con grande cura e pena, attraverso a forti difficoltà e valutati con rigore di metodo e con acutezza di penetrazione. Su questi dati il Pisenti ha potuto dimostrare che è del tutto ingiustificata la speranza di poter risolvere la crisi ospitaliera coll'ajuto degli Istituti di assicurazione sociale anche se fosse promulgata una legge sulla assicurazione malattia, pur riconoscendo il contributo efficace che le casse assicurative possono fornire allo sviluppo ed all'economia degli ospedali. Ed ha potuto rinsaldare con argomenti validi, talora prospettati con qualche spunto di ironia finissima, l'abbandono ormai definitivo delle direttive contenute in quel progetto massimo della *fu* Commissione, come l'A. la chiama, sulle assicurazioni sociali, con cui si sconvolgeva tutto quanto l'organamento della assistenza pubblica italiana proprio per inspirazione di quelle associazioni mediche, che divennero in seguito ardentemente contrarie alla assicurazione malattia.

Il Pisenti rileva poi, con quella autorità che gli viene dalla pratica larghissima e dalla conoscenza profonda della materia, quanto sia utile, se pure non si voglia dir necessario, che gli assicurati abbiano le cure da medici, che non solo posseggano le attitudini diagnostiche e terapeutiche indispensabili, ma siano anche orientati verso quei particolari bisogni di ripristino funzionale e lavorativo dell'organismo dell'operaio che nella medicina curativa generica non sono tenuti sempre in quel conto, che meritano.

E prospetta anche la necessità per i curanti degli assicurati di formarsi quella singolare orientazione di spirito, che non è fiscalismo, ma serena e severa valutazione dei limiti, che le basi attuariali e finanziarie delle varie forme di assicurazione sociale impongono specialmente a chi ne è convinto e cosciente assertore.

Il Pisenti perciò caldeggia la istituzione negli ospedali di speciali reparti per gli assicurati e particolarmente per gli infortunati, se pure non si mostra favorevole, con argomentazioni, in realtà non convincenti, alla creazione di ospedali specializzati.

Ma nel libro c'è ben altro e c'è proprio quello, che l'Autore forse non aveva intenzione di metterci, perchè si era proposto e gli era parso di fare un lavoro, insolito per lui, materiato soltanto di cifre e di freddi ragionamenti sul particolare argomento, che è segnato sul titolo.

Nel libro invece palpita e trabocca da ogni pagina la fede che il Pisenti ha, e non da oggi, nella funzione benefica delle assicurazioni sociali. E chi legge la coglie e ne viene avvinto e convinto, e sente che l'assicurazione malattia, sia pure gradualmente instaurata, si impone se si vuole dare una base sicura all'assicurazione invalidità. Sente che la prevenzione delle lesioni all'organismo operaio e la cura di quelle, che non si sono potute evitare, rappresenta, tanto per l'assicurazione infortuni come per le altre forme di assicurazioni sociali, un provvedimento necessario che il determinismo economico suggerisce e sostiene rispondendo, incoscientemente, a quel sentimento di solidarietà umana, che rappresenta non un vago convenzionalismo umanitario ma una delle basi più sicure della convivenza sociale.

Così il libro combatte una nuova e forte battaglia per il completamento di quel sistema di assicurazioni sociali, che da noi è rimasto ancora imperfetto e che alcuni non sentono il bisogno di integrare coll'assicurazione malattia.

Il prof. Pisenti non si proponeva, dicevo, di combattere sul suo libro questa battaglia e forse non gliene pareva il momento. Ma la fede nella grande opera umana delle assicurazioni sociali trabocca dall'animo di chi — come il Pisenti — ha dedicato a questo ramo di studi la parte migliore e più coscientemente matura della sua attività e non si trattiene nè si comprime anche quando si tratta con competenza e con freddezza di indagine, un argomento collaterale!

CESARE BIONDI
professore di Medicina legale
nella Regia Università di Siena.

A proposito del regolamento sulla circolazione degli autoveicoli.

L'art. 3 del nuovo regolamento recentemente promulgato detta alcune norme circa i requisiti fisici e psichici da richiedersi agli aspiranti a condurre autoveicoli.

La Commissione che ha formulato queste norme non ha dimostrato di essere a cognizione dei recenti studii e voti, pubblicati sia in Italia che all'estero sull'argomento, studi e voti che nell'interesse del pubblico, tendono ad una giusta selezione del personale preposto a così delicato servizio.

E invero, a prescindere dal fatto che non si è voluto ricorrere per questi accertamenti a medici specializzati, si legge in queste norme una disposizione del tutto assurda.

Mentre in un punto è detto che i conducenti devono possedere visus completamente non inferiore a quattordici decimi purchè da un occhio non inferiore a cinque, si aggiunge che possono venire anche messi i monocoli che posseggono un visus dell'occhio superstite, non inferiore a otto decimi.

Mentre per chi ha due occhi in funzione sono richiesti come minimo 5/10 in uno e 9/10 nell'altro, per chi non può servirsi che di un occhio solo è sufficiente che questo abbia un visus di 8/10, meno cioè di quanto è prescritto per l'occhio *migliore* in chi può disporre anche della funzione, sia pure ridotta, dell'altro occhio.

Queste disposizioni che ammettono i monocoli a condurre in pubblico autoveicoli, arricchiranno certamente la cronaca giornaliera degli investimenti. I legiferatori non hanno certamente pensato che il monocolo oltre alla deficienza del senso stereognostico tra il campo visivo enormemente ridotto da un lato; ciò mentre i tecnici discutono a mezzo di figure grafiche dimostrative se, per allargare il campo visivo del conducente, ora che andranno in vigore le disposizioni che prescrivono di tenere la destra, non sia opportuno spostare il posto del conducente e i relativi ordigni di manovre, da destra a sinistra!

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Ospedale Civile Umberto I.* — Aiuto Chirurgo, L. 3500 (*sic*), c.-v., vitto e alloggio. Titoli. Scad. ore 18 del 30 ottobre. Rivolgersi alla Direzione Sanitaria.

CAMPOGALLIANO (*Modena*). — Al 20 ott. Stipendio L. 8000; trasp. L. 2500; uff. san. L. 800; doppio c.-v.; ambul. L. 700. Abit. 6000, pov. 400.

CANNARA (*Perugia*). — A tutto 30 ott. Condotta egual primaria. Età lim. 40. Servizio alternato semestralmente nelle due condotte. L. 50.10 al Tesoriere. L. 6000 pei pov., c.-v., L. 2000 cav., L. 600 disagiato servizio.

CASTELVERDE (*Cremona*). — Con Tredossi. A tutto 30 ott. Vedi fasc. 40.

CASTIGLIONE DELLA PESCAIA (*Grosseto*). — Per Vetulonia; L. 9000. Proroga al 30 ottobre.

FABRICA DI ROMA (*Roma*). — L. 9000 per 2000 pov., L. 300 per uff. san., c.-v., 5 quadrienni dec. Età lim. 40. L. 50.10 all'Esattore. Serv. entro gg. 10 (*sic*). Scad. 31 ottobre.

GENOVA. — Scad. 23 ott. Medico batteriologo: L. 11,000 e 8 bienni di L. 500, oltre c.-v. nella misura degli altri impiegati del Comune.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Dirigente dell'Ambulatorio Comunale curativo antitubercolare; L. 6000; età lim. 44. Vice-dirigente e assistente id.; L. 5000 ciasc. Medico assistente interno residente nell'Ospedale per malati tubercolosi in Garbagnate; L. 5500, alloggio, ecc.; esami. Assistente dell'Ambulatorio Comunale di Medicina interna; L. 2040; non meno di due ore di servizio giornaliero. Per gli ultimi 4 posti età lim. 39. Giorni 30 di vacanza annuale. Tassa com. L. 50. Scad. ore 16 del 31 ott. Documenti all'Ufficio di Protocollo (via Ospedale, 5). Per informazioni rivolgersi alla Direzione degli Istituti.

Medico ispettore; L. 13,000; c.-v. di Stato; bienni fino a L. 24,000 dopo il 20° anno; L. 15 servizio notturno. Età mass. 39 a. Esami (igiene; legislaz. e assist. sanit.; batteriol. e microsc.). Chiedere annunzio alla Direz. Tassa L. 50, al Cassiere. Docum. al Protocollo non oltre ore 16 del 15 nov.

MOIO ALCANTARA (*Messina*). — A tutto 25 ott. L. 6000 pei poveri.

PADOVA. *Spedale Civile.* — Assistente effettivo di chirurgia; titoli; L. 4500 esclusa quals. indenn. c.-v.; due bienni decimo, stanza con obbl. di pernottarvi; guardie con medag. di L. 15. Scad. ore 18 del 31 ott. Nascita non anter. 31 ott. 1894. Votazioni esami. Accettaz. entro 15 g. Chiedere annunzio.

PIANDIMELETO (*Pesaro-Urbino*). — Scad. 20 ott., per tre Comuni; L. 7000 salvo decisioni G. P. A. sul minimo; dieci bienni ventesimo; 1° c.-v.; lire 3000 cav.; L. 200 ogni 1000 abit. se uff. san.

VENEZIA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Direttore medico della cattedra ambulante di igiene per la profilassi della tubercolosi e delle altre malattie sociali. Scad. ore 17 del 15 ott. Età lim. a. 40. L. 24,000 e 5 quadrienni decimo; non c.-v. Serv. entro 15 gg.

CONCORSI A PREMIO.

MILANO. *R. Università.* — Sono messi a concorso cinque posti di perfezionamento della *Fondazione Luigi Mangiagalli* a favore di giovani medici laureati da non più di tre anni.

I vincitori del concorso avranno funzioni di Medici praticanti, dovranno prestare l'opera loro per un anno scolastico in uno dei seguenti Istituti: *Clinica ostetrico-ginecologica, Clinica delle malattie professionali, Clinica pediatrica, Clinica dermosifilopatica, Istituto Sieroterapico* (Corso di batteriologia e immunologia), e godranno ciascuno di un premio di incoraggiamento di L. 1500 che potrà essere corrisposto anche in rate mensili.

È messo a concorso un posto di perfezionamento della *Fondazione Pier Diego Siccardi* a favore di un giovane Medico laureato dopo il 1° luglio 1923.

Il vincitore del concorso, che avrà funzioni di Medico praticante, dovrà prestare l'opera sua nella *Clinica delle malattie professionali*, per la durata di un anno scolastico.

Egli godrà di un premio di L. 1800 che potrà essere corrisposto anche in rate mensili. Alla fine dell'anno il vincitore del oncorso potrà ottenere anche il premio speciale di profitto consistente in una medaglia d'oro.

Le domande dei concorrenti, scritte su carta bollata da due lire, dovranno pervenire alla Segreteria della Università (via Borgo Nuovo, 25) non oltre il 30 novembre, accompagnate dal certificato di conseguita laurea coi punti di merito riportati nella carriera scolastica e da altri eventuali titoli e documenti.

Nella domanda deve essere indicato l'Istituto o gli Istituti, per i quali il candidato intende concorrere.

I concorsi verrano giudicati entro il 15 di dicembre.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il sen. prof. Baldo Rossi, ordinario di clinica traumatologica nell'Università di Milano, passa alla cattedra di clinica chirurgia generale della stessa Università.

Nella Facoltà medica di Bari sono stati nominati i proff.: Nicola Pende, di clinica medica; Nicola Leotta, di clinica chirurgica; Paolo Gaifami, di clinica ostetrico-ginecologica; Antonino Contino, di clinica oculistica; Filippo Neri, di igiene; Romanese Roggero, di medicina legale; Favaro, di anatomia normale; Alessandro Baldoni, di farmacologia e terapia.

Sono stati affidati i seguenti incarichi: di clinica pediatrica al prof. Salvatore Maggiore; di clinica otorinolaringoiatrica al prof. Deodato De-Carli; di odontologia al prof. Amedeo Perna. Saranno aperti i concorsi alle seguenti cattedre: patologia generale, anatomia patologica, neuropatologia, clinica dermosifilopatica ed alle materie dei primi anni.

In esito al recente concorso, banditosi per il posto di Direttore e Primario medico dell'Ospedale Civile di Teramo (Abruzzi), la Commissione, presieduta dal Clinico di Padova, prof. Lucaltello, ha proposto la seguente terna: 1) prof. Odoacre Torri primario medico e Direttore dell'Ospedale Civile di Rovigo; 2) prof. Oreste Cantelli dell'Università di Bologna; 3) prof. Dario Maestrini dell'Università di Roma e medico primario dell'Ospedale Civile di Chioggia.

La Congregazione di Carità di Teramo ha chiamato ad occupare il posto il prof. O. Cantelli.

Il prof. comm. Emilio Di Tommasi, il solerte direttore sanitario delle Terme di Agnano (Napoli), è stato nominato grand'ufficiale della Corona d'Italia. Rallegramenti.

L'Università di Monaco di Baviera ha conferito la collegialità onoraria al dott. Adolf Barkan di San Francisco, quale attestazione di gratitudine per l'opera da lui compiuta onde attenuare il disagio economico della studentesca.

MEDAGLIONI.

Antonio Cardarelli.

Integro nelle energie fisiche ed intellettive, a 93 anni, Antonio Cardarelli è sempre la maggiore gloria contemporanea della Scuola Medica Napoletana, fra i vanti supremi della Clinica Italiana, mirabilmente serbata al bene della scienza e dell'umanità!

Quando si pensa che già a 35 anni Egli era celebre, e che nel 1859 dettava già lezioni ad

uditorii sbalorditivi per numero, e che ancora oggi una serie interminabile d'infermi accorre a chiedere il suo consiglio, e che non c'è giorno che medici di ogni età a lui non si rivolgano per aver lumi sui più complessi quesiti diagnostici, bisogna convenire che a noi è stato concesso un privilegio senza precedenti.

Nato nel 1831 a Civitanova del Sannio (Campobasso) da Urbano Cardarelli, medico stimatissimo, consulente della sua provincia, fu nel 1848 inviato a Napoli per gli studi di filosofia, ma, in quell'epoca, palpitante di entusiasmi e di fremiti per la sacra libertà, Egli prese parte alle agitazioni politiche, sicchè fu rimpatriato nel 1850. L'anno dopo potette ritornare in Napoli, per entrare nel «*Collegio Medico*», istituto pregevole di quel tempo, dove ebbe maestri tra i più famosi Manfrè, Delle Chiaie, Vulpes, S. De Renzi, Capobianco, Scarpati, ecc. Quattro anni dopo concorse al posto di coadiutore all'Ospedale degl'Incurabili, riuscendo primo fra 119 concorrenti, e dopo sette anni era già Direttore di Sala. Incominciò subito l'insegnamento, e pur non essendo libero docente, impartiva lezioni, a titolo privato, ad uditorii ricordati sempre come eccezionali per il numero, come del resto li ebbe sempre fino all'ultimo giorno del suo insegnamento ufficiale. Egli conta ben 63 anni d'insegnamento, e tra i suoi allievi di Clinica Medica, furono d'Antona, De Vincentiis, Leonardo Bianchi!

Nel 1890 per l'art. 69 della Legge Casati, provvedimento istituito per coloro che fossero saliti in pubblica fama, fu nominato professore di Propedeutica nella Regia Università di Napoli, e nel 1893, per unanime designazione della Facoltà, professore di Clinica Medica.

Sessanta generazioni di medici possono vantare di essere stati educati alla sua scuola, restando avvinti dal fascino di questo Maestro, al quale tornano sempre, anche se giunti ad elevati posti scientifici o professionali, perchè egli dilegui un dubbio, illumini un punto oscuro di una diagnosi, conforti l'ansia di un grave giudizio.

E la ragione di tanto successo, come insegnante e come diagnosta, è riposta nella genialità intuitiva della sua mente alla quale si deve il metodo clinico affatto personale, e cioè da una parte l'osservazione minuziosa dell'ammalato, rilievo preciso e spregiudicato dei fatti, e dall'altra il ragionamento serrato su di essi, e su di essi soltanto, dai quali, direi con voluttà, egli si lascia stringere nella discussione, senza abbandonarli mai, finchè non abbia potuto renderne ragione, sicchè senza vaghe ipotesi, egli afferma la diagnosi diretta, e la sua conclusione è non solo fortemente suggestiva, ma decisamente persuasiva!

Ed è per questo che i suoi rari errori non taciuti, anzi pubblicamente confessati, sono argomento delle più brillanti polemiche... con sè stesso, e delle sue più attraenti lezioni, come quelle che rivelano l'alta nobilissima morale scientifica dell'uomo, e la generosità del Maestro, che dal suo errore trae monito per gli allievi, onde non vi ricadano nel loro esercizio professionale.

Quanta luce alla clinica pratica, quale impulso agli studi di semiotica e patologia medica, quale guida sapiente, quanti preziosi aiuti agli sperimentatori ed ai medici pratici dovevano apportare le sue opere, Antonio Cardarelli non pensava forse egli stesso quando cominciò a pubblicarle.

In una prefazione, egli dice che la ricerca accurata dei sintomi e la retta interpeterazione di questi, ci guidano a riconoscere le malattie nel malato, e che lo studio dei sintomi e la interpretazione di essi debbano illustrarsi soltanto con quelle dottrine e quelle considerazioni che ci risultino esatte al letto dell'infermo, poichè soltanto hanno valore quelle dottrine che ivi siano nate e al letto dell'infermo siano state controllate. Sulla guida di questi sani principî, di queste verità incontestabili, il maetsro scopre segni nuovi, per la diagnosi di malattie certo non nuove, ma fino allora non diagnosticate per la deficienza dei mezzi semeiotici.

Nel 1868 vedeva la luce la prima Opera su «*Gli Aneurismi dell'Aorta*», sulla quale aveva lungamente meditato, illustrando innumerevoli casi occorsi alla sua osservazione, sia dal punto di vista clinico, che anatomo-patologico, dando sempre la maggiore importanza ai reperti necroscopici.

Con le pubblicazioni «*La percussione sternale ascoltata dal cavo boccale e il soffio tracheale sul manubrio dello sterno*», seguite nel 1870, il sommo Clinico completò lo studio degli aneurismi aortici retrosternali, indicando un nuovo mezzo di diagnosi per una lesione difficilmente riconoscibile in altro modo, come del resto lo era stata fino allora.

Nel 1879, infine, scrivendo «*Sugli aneurismi latenti e oscuri dell'aorta*», «*Sulla pulsazione del tubo laringo-tracheale*» come segno di certi aneurismi dell'arco aortico, «*Sulla cura delle cardiopatie*», «*Sull'idrotorace destro nelle cardiopatie e sua interpetrazione e patogenesi*», mentre lega al suo nome nozioni originali e preziosissime di diagnostica e terapia, esaurisce appieno argomenti sui quali nessun altro ha potuto aggiungere alcunchè di più

utile, di più efficace, di più convincente. I maggiori clinici e trattatisti del mondo riconoscono la priorità del Cardarelli in questi capitoli della Patologia e Clinica Medica e ne additano tutta l'utilità da trarne nella pratica quotidiana, per la diagnosi precoce e per la cura razionale di quelle malattie.

Il volume sulle «*Malattie nervose e funzionali del cuore*», apparso nel 1895, rappresenta un'altra opera mirabile, precorrendo egli di molti decenni, con sottili osservazioni, lo studio di alcuni punti della complessa meccanica cardiaca, che i perfezionati mezzi moderni hanno dimostrato esatti nella intuizione del maestro. Fisiopatologi e clinici, che a lui son seguiti, hanno preso le mosse dalle delicate esperienze da lui praticate «*Sulla irritabilità del vago*», «*Sull'azione della atropina*», «*Sulla compressione del vago al collo*», «*Sulle aritmie*», «*Sul polso bigemino*», «*Sul polso alternante*», «*Sul polso raro permanente*», «*Sulla sistole post-compensatoria*», «*Sull'energia latente ed il potere funzionale del cuore aumentando le resistenze periferiche e propriamente comprimendo le femorali*», metodo che, come qualche altro, del tutto originale, indebitamente è attribuito ad autori stranieri (Katzenstein).

Sintesi completa del suo sapere clinico sulle epatopatie è quella contenuta nel volume pubblicato nel 1890 «*Sulle malattie del fegato*», nel quale, esponendo le sindromi dai più lievi disturbi alle più intricate forme morbose di questo organo, ci fa conoscere le sue vedute originali e fornisce mezzi d'indagine e norme diagnostiche e curative sulla *Iperemia epatica*, sul *fegato cardiaco*, sull'*ascesso del fegato*, sulle *cirrosi*, sul *fegato malarico*, ecc. di cui ogni giorno ci si può giovare nella pratica.

Dell'attività incessante del Maestro, la letteratura medica possiede, infine, quattro volumi di «*Lezioni Cliniche*», raccolte con scrupolosa precisione ed amorevole fedeltà di allievo dal prof. Tommaso Senise, resosi veramente benemerito con questa monumentale pubblicazione. In essa rifulge tutta la genialità del diagnosta e v'è consacrato il metodo semplice, chiaro, preciso adottato dal Cardarelli nell'arte di diagnosticare e curare i più svariati morbi, onde ben può dirsi che queste *lezioni cliniche* costituiscono una inesauribile fonte di ammaestramenti non solo per i giovani, ma anche per medici già provetti ed avanzati negli studi.

Non mancarono d'altra parte ad A. Cardarelli il successo e le supreme soddisfazioni nella vita pubblica; eletto deputato al Parlamento, per espresso volere dei suoi concittadini, fu poi membro del Consiglio Superiore dell'I. P. e senatore del Regno e portò il suo alto contributo ad importanti questioni d'igiene sociale e d'istruzione pubblica: memorabili sono rimasti i suoi discorsi sul dazio sul sale, sulla legge per gli alcools, sull'insegnamento libero.

A tanta grandezza di Clinico, di Maestro e di Scienziato fanno contrasto la semplicità e la modestia dell'uomo.

Pur insignito di ogni onorificenza civile, circonfuso di ogni gloria, fatto segno ad ogni alto omaggio, la sua vita si svolge silenziosamente nell'àmbito austero dello studio e dell'esercizio professionale; sempre pronto a sollevare un'infelicità, a prodigare anche i suoi averi, come ad esempio per il suo paese nativo, al quale donò le più importanti e costose opere pubbliche, mite con gli umili, dignitoso con i potenti, egli è pago di ogni sua aspirazione nel trascorrere l'ora di riposo nella serenità della sua famiglia, accanto alla Eletta sua adorata Consorte.

Ogni elogio tace chi ne conosce la squisita sensibilità e la semplicità naturale dell'animo, ma è certo che dai più modesti ai più autorevoli uomini che hanno la fortuna di avvicinarlo, sentono il fascino della figura austera, del tratto gentile, della parola suadente, della potenza dell'intelletto di Antonio Cardarelli, che gode la universale ammirazione, non si sa se più per la sua modestia o per la sua grandezza.

GUIDO ARENA.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Al Congresso tedesco di naturalisti e medici.

Il giorno 27 settembre si chiudeva in Innsbruck l'88° Congresso dell'Associazione dei Naturalisti e Medici tedeschi, che ha avuto la durata di 6 giorni con un numero di 33 sezioni. Gl'inscritti sono stati 7170 con intervento delle maggiori autorità tedesche ed austriache e con partecipanti anche di Nazioni estere e persino delle Indie.

Il Congresso è stato di grande interesse scientifico ed i temi generali di maggiore importanza sono stati i seguenti: Dorno (Davos): Base fisica dei raggi solari e del cielo e la loro applicazione in terapia; Kestner (Amburgo): Effetto del clima sugli uomini sani e malati; Hellpach (Karlsruhe): Influsso cosmico sulla vita dell'anima; Wegelin (Berna), Kraus (Berlino) ed Eiselberg (Vienna): Problema del gozzo; Pommer (Innsbruck), Kiemböck (Vienna) e Looser (Winterthur): Osteoporosi.

Il numero delle comunicazioni è stato di oltre 500 e tra queste enumero le principali: Gockel (Freiburg): Ionizzazione dell'atmosfera; Tuma (Praga): Esposizione cinematografica delle onde herziane; Hauser e Vahle (Siemensstadt): Fisica delle scottature da ghiacciai e dell'imbrunimento dai raggi solari; Olbricht (Breslavia): Diffusione delle malattie venereo-sifilitiche e sullo sviluppo della coltura umana, limitato al clima ed all'ambiente di vita; Rahm (Malania-Laach): Vi è un riposo della vita? (con proiezioni); Sudhoff (Lipsia): I nuovi Medici salernitani. *Di questa comunicazione, interessante per noi italiani, darò un ampio resoconto, non appena pubblicati gli Atti del Congresso.* Kuppers (Freiburg): Psicofisiologia della vista; Verzar (Debreczen): Avitaminosi e secrezioni interne; Joachimoglu e Metz (Berlino): Antagonismo fra l'insulina ed i preparati ipofisarii; Opik (Freiburg): Cancro e cura del cancro; Kisch (Berlino: Immunità e Tubercolosi; Caspari (Francoforte): Immunità cellulare e carcinoma; Bessau (Lipsia): Immunobiologia della Tubercolosi; Décsi (Budapest): Esperimenti di Autosuggestione e terapia; Mayendorf (Lipsia): Cecità dell'anima; Hamburger (Berlino): Glaucoma e Medicina generica; Albert (Monaco): Nuovi preparati arsenicati per la lotta contro i parassiti protozoarii e particolarmente contro le spirochete; Wichmann (Amburgo): Scrofolosi e Tubercolosi cutanea; Sachs (Berlino): Terapia della Piorrea alveolare; Lohmann (Kassel): Etiliogia della carie dentaria; Michel (Graz): Sviluppo del corpo, Carattere e Costituzione; Kraus, Loewenstein e Baecher (Vienna): Immunizzazione con tossine atossiche; Böhme (Dresda): Nuove vie d'immunizzazione attiva per le malattie infettive degli uomini e degli animali.

Il *clou* del Congresso è stata una conferenza del prof. Frisch, illustrata con proiezioni, sulla «Lingua delle api». Egli per le sue pazienti e lunghe ricerche psicologiche ha segnate con colori tutte le api di un alveare e così ha potuto seguirle nella loro vita, veramente sorprendente. Altra piacevole cinematografia, fatta a scopo di réclame da una fabbrica di anilina sul Reno, è stata: «Il crescere ed il fiorire di una pianta». Seminato un seme in un vaso con grande pazienza e costanza ogni quarto d'ora di giorno e di notte si è preso una negativa, seguendo tutte le fasi di accrescimento e sviluppo della pianta fino alla sua fioritura. Di sorprendente effetto è lo sforzo del bocciuolo che sta per aprirsi ed i movimenti della corolla e dei pistilli all'aria libera.

Annessa al Congresso era una ricca Esposizione di: Chimica e Farmacia, Istrumentario di Diagnosi e Terapia, Raggi Röntgen ed Elettricità, Meccanica dentaria, Industria libraria, Sanatorii e Luoghi di cura.

Dott. N. FABBRICATORE.

NOTIZIE DIVERSE.

Il Congresso della Società Ortopedica Inglese all'Istituto Rizzoli di Bologna.

La «British Orthopaedic Association» ha scelto quest'anno come sede del suo Congresso l'Istituto Rizzoli ove si è radunata nei giorni 22-23 del mese di settembre. La comitiva, composta complessivamente di 65 persone era condotta dal Presidente della Società sir Robert Jones e dal Segretario dott. Elmslie. Di essa facevano parte fra gli altri: sir Lynn-Thomas di Londra, Hey Groves di Bristol, Hogard Pringle di Glasgow, Platt di Manchester, Bristow e Fairbank di Londra, nonchè i membri corrispondenti Haglund di Stoccolma, Jansen di Leida, Calvè di Berk-sur-Mer.

Le sedute scientifiche si sono svolte nelle due mattinate, all'Istituto Rizzoli, sotto la presidenza di sir Robert Jones e del prof. Putti. I pomeriggi sono stati dedicati alla visita dell'Istituto Rizzoli, dell'Officina Ortopedica, dell'Università e dei monumenti cittadini.

Il giorno 24 i Congressisti sono partiti in automobile per Cortina di Ampezzo ove il giorno 25 hanno visitato l'Istituto Elioterapico Codivilla. Il 26 i Congressisti, percorrendo in automobile la via delle Dolomiti si sono recati a Bolzano ove il Congresso si è sciolto.

Il I Congresso Italiano di Eugenica sociale

si è svolto a Milano, come avevamo annunziato, sotto la presidenza del sen. Mangiagalli. Hanno presenziato i lavori il prof. Darwin, presidente della «British Eugenic Society» e il prof. ing. Lucien Mark, direttore del Servizio di statistica in Francia.

Daremo nel numero prossimo un breve resoconto dell'importante Convegno.

Al Congresso antitubercolare russo.

adunatosi a Charkoff, capitale dell'Ucraina, il prof. Andrea Ferrannini ha rappresentato la Croce Rossa Italiana e la Federazione nazionale italiana delle opere antitubercolari: è stato ricevuto alla stazione di Mosca dal prof. Alessandro Wladimiroff, direttore dell'Istituto di medicina sperimentale di Leningrado, ed alla stazione di Charkoff dal presidente della Croce Rossa Germanica von

Winterfeld-Menkin; è stato ospitato per 5 giorni nel Sanatorio Semasko di Mosca. Ha tenuto al Congresso una conferenza su «Le direttive della medicina italiana nella lotta antitubercolare», riportata ne «La Riforma Medica» del 15 sett. u. s.

Medaglia d'oro della Sanità al dott. Bocchetti.

Con recente decreto reale è stata conferita la medaglia d'oro per i benemeriti della Sanità pubblica al capitano medico dott. Federigo Bocchetti che «durante la prigionia in Germania fece della sua professione di medico un vero apostolato e diresse con ogni attività la lotta contro il tifo petecchiale ed altre malattie contagiose da meritare encomi dalle Autorità interalleate ed anche nemiche e tuttora dirige da cinque anni il Sanatorio militare di Anzio in modo superiore ad ogni elogio».

Esprimiamo il nostro pieno compiacimento all'insigne collega, il quale già si fregia di una medaglia al valore, di tre croci di guerra ed ha compiuto opera solerte e altamente meritoria nella direzione del Sanatorio militare di Anzio e per la celebrazione dei medici caduti sui campi della gloria.

Il 1° centenario del Manicomio di Perugia

è stato solennemente celebrato, presenti le maggiori autorità locali e molti sanitari tra cui alcuni dei più reputati alienisti italiani: Tanzi, Lugaro, ecc. Numerose le adesioni. Parlarono il dott. Guido Manganelli, presidente della Deputazione provinciale, il prof. Cesare Agostini, direttore del Manicomio, il prof. Vitali, che offrì al direttore, in nome del personale, un magnifico busto in bronzo, opera dello scultore Mignini, e un album con dedica dettata dal prof. Sodini. A ricordo della celebrazione, cui resta legata l'istituzione di un nuovo reparto che porterà il nome dell'Agostini, è uscita una pubblicazione che fa la storia fedele dell'Istituto.

Elargizioni.

La Cassa di Risparmio di Bologna ha assegnato L. 25,000 alla Scuola di Patologia delle Malattie coloniali della R. Uniersità. L'insegnamento è affidato, a titolo d'incarico, al prof. Giuseppe Franchini.

Il comm. Carlo Feltrinelli ha dato L. 10,000 all'Ospedale Maggiore di Milano, per il tramite del primario specialista prof. Giovanni Lasio, quale concorso nella spesa per l'ampliamento del padiglione di urologia «Cesarina Riva».

Ente per l'Educazione fisica.

In seguito alle dimissioni del comm. Franzoni da direttore generale, a quelle dell'intero Consiglio d'Amministrazione ed al trasferimento della sede centrale da Milano a Roma, il Ministero della P. I. ha nominato un Commissario regio nella persona dell'insigne prof. Giunio Salvi, deputato al parlamento, ordinario di anatomia umana normale nella R. Università di Napoli.

Profondamente addolorati annunziamo la perdita del prof. FRANCESCO GHILARDUCCI, direttore dell'Istituto di radiologia ed elettroterapia della R. Università di Roma.

Della sua operosità scientifica e didattica diremo nel prossimo numero.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali (S). L. POZZI, ed. resp

ANNO XXXI Roma, 20 Ottobre 1924 Fasc. 42

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI TORINO.
Prof. F. MICHELI, direttore.

La panemoagglutinina del sangue umano.

Dott. PROSPERO MINO, assistente onorario.

La presenza nel sangue umano di veri anticorpi capaci di agglutinare i propri globuli è stata oggetto di ricerche estese da parte di numerosi autori, affermando gli uni, negando gli altri l'esistenza reale del fenomeno della cosiddetta « autoagglutinazione ».

Ricordiamo brevemente lo stato della questione, che abbiamo altra volta più diffusamente trattato (9-11).

La riunione di globuli rossi sospesi nel proprio siero (plasma) a formare ammassi più o meno compatti può essere dovuta a due ordini di cause

I alla esistenza di determinati rapporti fisico-chimici tra siero e globuli rossi. Questo fenomeno rientra in quello noto sotto il nome di impilamento, di cui rappresenta una forma particolarmente intensa.

Noi lo abbiamo indicato col nome di « pseudoautoagglutinazione ».

II alla presenza nel siero di veri anticorpi agglutinanti, dimostrabili con le prove dell'assorbimento dell'anticorpo dal siero, dell'esaurimento del siero con trattamenti successivi con globuli rossi, con la possibilità di trasferire l'agglutinina in soluzione fisiologica, riottenendola dai globuli rossi agglutinati e lavati.

Solamente quando sia possibile dimostrare l'esistenza di un tale anticorpo, si può parlare di vera autoagglutinazione.

Dall'esame dei dati bibliografici e dai risultati di ricerche personali abbiamo rilevato che finora non è stata dimostrata nell'uomo la presenza di vere autoagglutinine, attive a temperatura ordinaria (14°-17°) o del corpo. Solamente in due casi di emoglobinuria parossistica noi abbiamo riscontrato la presenza di un vero anticorpo agglutinante per i propri globuli rossi, che però, al modo della emolisina particolare che esiste in tali ammalati, si mette in evidenza solamente dopo il raffreddamento del miscuglio siero e globuli rossi ed esercita la sua azione verso i globuli rossi di ogni gruppo.

Successivamente ci è occorso di riscontrare in due individui, affetti da epata e splenomegalia su base luetica, la presenza nel siero di un potere agglutinante per i propri globuli rossi, attivo in modo assai notevole a temperatura ordinaria dell'ambiente, assai più intenso però a bassa temperatura, debolissimo o del tutto mancante invece a temperatura del corpo. Questa emoagglutinina però non agglutina solamente i globuli rossi propri, ma anche quelli di altri individui, sia dello stesso gruppo sanguigno, sia di altri gruppi o anche di gruppi non isoagglutinabili (cioè del gruppo I).

Abbiamo in seguito continuato le ricerche con la tecnica impiegata nell'esame di questi due casi, cioè raccogliendo il sangue in provette immerse in acqua calda (37°), mettendo a sierare in termostato a 37°, separando il siero dal coagulo pure alla stessa temperatura, inoltre saggiando il potere agglutinante a bassa temperatura (+5-0°).

Abbiamo raccolto così alcuni dati assai interessanti che ricordiamo brevemente, dovendo rinunciare a comunicare estesi protocolli.

In una larga serie di sieri raccolti, nel modo indicato, sia da individui ammalati che da individui sani abbiamo riscontrato la presenza di un potere agglutinante per i propri globuli rossi, attivo solamente a bassa temperatura. L'agglutinazione non si verifica mai a temperatura prossima a 37°. L'agglutinazione, anche intensa, presente a bassa temperatura scompare completamente a 37°.

Tale potere è dovuto alla presenza di un vero anticorpo, che si può assorbire a 0° con globuli rossi e riottenere da tali globuli ripetutamente lavati con sol. fisiol. a 0°, digerendoli in sol. fisiol. a 37°-40° per 15'-20'.

Il titolo di questa agglutinina (saggiato usando cc. 0,5 di siero dil. e cc. 0,05 di una sospensione globulare al 10%, esame microscopico dopo 12 ore di permanenza in ghiacciaia e 1-2 ore in ghiaccio fondente) è di solito assai basso 1:10-1:40.

La inattivazione al calore (1/2 ora a 56°) non modifica questo potere agglutinante.

Questo anticorpo è capace di agglutinare non solo i globuli rossi, ma anche quelli di altri individui dello stesso gruppo sanguigno o di gruppi non isoagglutinabili. Egualmente è possibile esaurire il siero trattandolo a freddo con globuli rossi di qualunque gruppo sanguigno.

Questa agglutinina manca di ogni carattere di specificità di gruppo e per tale fatto si differenzia profondamente dalle isoagglutinine, con le quali non deve essere accomunata.

D'altra parte il suo carattere di vero anticorpo come pure la sua appartenenza agli anticorpi cosiddetti di secondo ordine sono ben sicuri. Questa agglutina corrisponde pertanto a quell'anticorpo da noi precedentemente riscontrato e che abbiamo indicato col nome di « panemoagglutinina ».

***

La presenza dunque nel sangue umano di un anticorpo capace di agglutinare a freddo e solo a freddo i propri globuli e quelli di ogni altro individuo deve essere considerata come un fatto normale.

Ciò ben stabilito, resta facile l'interpretazione di quei casi i quali finora furono presentati come « Autoagglutinazione ».

Noi abbiamo già rilevato nettamente che non tutti i casi descritti sotto tale denominazione rientrano, come è stato affermato da Lattes, in quelli di pseudo-agglutinazione da esagerazione del potere impilante, e che certo non vi rientrano quelli descritti da Clough e Richter nè quelli osservati da Widal e da altri AA. in alcuni ammalati di ittero emolitico. Questi anzi abbiamo ricondotto in modo preciso alla esistenza di un'agglutinina analoga a quella riscontrata da noi nei due individui surricordati, se anche manchi la prova da parte dei suddetti AA. della presenza di un vero anticorpo.

Questa nostra conclusione risulta confermata da una recente comunicazione di V. Debenedetti (2) a proposito di un caso di ittero emolitico nel quale esisteva precisamente il fenomeno della cosiddetta « autoagglutinazione » e che apparve dovuta a un vero anticorpo, attivo a bassa temperatura sia verso i propri globuli che verso quelli di altri individui di qualunque gruppo sanguigno, ma inattivo a temperatura del corpo.

Nei nostri e in questi casi l'attenzione sul fenomeno della cosiddetta autoagglutinazione venne richiamata dal fatto che la formazione di ammassi era manifesta già a temperatura ordinaria dell'ambiente, così che il conteggio dei globuli rossi riusciva difficile. Ora è noto che i fenomeni di emoagglutinazione sono favoriti dalla bassa temperatura, ma è noto anche che essi ad una data temperatura sono tanto più intensi quanto più alta è la concentrazione dell'agglutinina. Noi (10) abbiamo altra volta dimostrato in modo

esatto che anche la vera isoagglutinazione può essere reversibile al calore, che cioè diluendo un siero isoagglutinante si raggiunge sempre un limite oltre al quale l'isoagglutinazione avviene solamente a freddo e manca a 37°.

Un fatto analogo è in giuoco nei riguardi della panemoagglutinina. Quando essa è, come di solito, assai scarsa, si rende manifesta solo a bassa temperatura, quando invece è assai abbondante l'agglutinazione si può avere già a temperatura ambiente. E precisamente nei nostri casi, due casi la panemoagglutinina aveva titolo altissimo, 1:1000, 1:2000 ed alto pure era in quello di Clough e Richter.

In questi casi dunque non si tratta della comparsa ex novo di un particolare anticorpo, bensì semplicemente dell'aumento di una proprietà che si può dire normale dell'individuo. In queste persone è avvenuto, per motivi che per ora non ci interessano, un aumento di produzione di anticorpi in genere, che è dimostrata anche dalla concomitanza, su cui altra volta già abbiamo richiamato l'attenzione del potere isoagglutinante e isoemolitico. Insieme o come conseguenza di questa eccessiva produzione di anticorpi specifici l'organismo mette in circolo una maggiore quantità di un anticorpo specifico, la panemoagglutinina. L'aumento della concentrazione di questa ne rende possibile l'attività a temperature non molto basse, dando così luogo al fenomeno macroscopico della cosiddetta « autoagglutinazione ».

***

Le conseguenze di queste osservazioni sono di due ordini, teorico e pratico. Teoricamente, nei riguardi dei fenomeni che avvengono tra siero e globuli rossi di uno stesso individuo occorre distinguere la formazione di ammassi dovuti ad impilamento (fenomeno di natura fisico-chimica) e la formazione di ammassi dovuti all'intervento di un vero anticorpo non specifico, la panemoagglutinina, normalmente attivo solamente a bassa temperatura, in caso di aumento della sua quantità attivo invece anche a temperatura ambiente, sempre però inattivo a temperatura prossima a 37°.

La indipendenza dei fenomeni di impilamento da quelli di panemoagglutinazione è dimostrata dal fatto che i primi sussistono anche nel siero privato di panemoagglutinina. Basta infatti raccogliere il sangue a temperatura ambiente e mettere la provetta per qualche ora in ghiaccio prima di raccogliere il siero per avere un siero, in condizioni ordinarie, povero o quasi privo di panagglutinina, ma con potere impilante integro. Lo stesso fatto, si verifica trattando a freddo un siero raccolto a caldo, che contiene quindi la panemoagglutinina, con dosi successive di sedimento globulare di globuli rossi propri ben prosciugato (per evitare la diluizione del siero).

La dimostra pure la scomparsa e la forte diminuzione del potere impilante che in grado maggiore o minore si verifica coll'invecchiamento del siero, mentre non scompare la panemoagglutinina.

Altra dimostrazione della indipendenza dei due fenomeni si ha usando globuli rossi vecchi, con i quali non si ottiene più impilamento mentre è sempre possibile la panemoagglutinazione.

Altro carattere differenziale non poco importante tra impilamento e panemoagglutinazione è il fatto constatato da noi che l'allontanamento della globulina con CO^2 non modifica il potere panemoagglutinante del siero, come pure l'aggiunta di globuline al siero privo di panemoaggutinina non gli conferisce potere panemoagglutinante.

Nei fenomeni poi che avvengono tra globuli rossi e siero di diversi individui occorre tener conto dell'intervento della isoagglutinazione dovuta ad anticorpi specifici, le isoagglutinine, attive in condizioni ordinarie di concentrazione anche a temperatura di 37° sia con sieri raccolti a caldo sia con sieri raccolti nel modo solito o a freddo, e che esercitano la loro attività solo di fronte a determinati globuli rossi umani (gruppi sanguigni).

Praticamente ne derivano alcune conseguenze non meno degne di nota.

È ben conosciuta l'importanza della determinazione dei gruppi sanguigni come esame preventivo indispensabile prima di procedere alla trasfusione di sangue nell'uomo. Per motivi altrove già indicati anche recentemente (15), non riteniamo del tutto da sconsigliare di limitarsi all'esame incrociato dei due sangui. È invece necessario in modo assoluto di determinare esattamente il gruppo sanguigno dei due individui. Ora i sieri campione contenenti rispettivamente l'agglutinia α e quella β da usare per questa determinazione devono avere un alto titolo, ma devono anche essere *poveri o del tutto privi di panemoagglutinina*. Non deve cioè avvenire che essi possano per condizioni di bassa temperatura

ambiente dare luogo a panemoagglutinazione, ciò che potrebbe condurre a risultati inesatti con possibili gravi conseguenze nella trasfusione. Meglio varrebbe che ne fossero privi. Ma spesso non basta lasciare, come si dirà, il sangue in ghiacciaia prima di allontanare il siero per allontanare tutta la panemoagglutina. E ciò specialmente in casi di sieri ricchi di isoagglutinina.

Ne conseguono pertanto alcune norme praticamente assai opportune, che indichiamo brevemente.

Per la raccolta di sieri campione:

I. I sieri da usare per la determinazione dei gruppi sanguigni e da conservare come sieri campione dovranno essere ottenuti con particolari cautele. Il sangue deve essere raccolto in tubi che si lasciano sierare per qualche ora a temperatura ambiente. Prima di separare il siero si mettono i tubi per 12 ore in ghiacciaia e quindi per qualche ora in ghiaccio.

Il siero dovrà ad ogni modo venire saggiato circa il suo contenuto eventuale in panemoagglutina ed essere scartato se questo è troppo elevato.

II. I sieri da usare come campione dovranno avere alto titolo, saggiato a 37° con globuli di parecchi individui di gruppo sanguigno noto ed opportuno.

Per la determinazione del gruppo sanguigno:

I. I globuli rossi da usare nella ricerca del gruppo sanguigno dovranno sempre essere lavati tre volte con soluzione fisiologica, possibilmente a temperatura prossima a 37° e ciò per evitare che eventualmente residui di panemoagglutina, eccezionalmente abbondante, possano dar luogo a risultati non esatti.

II. La ricerca verrà fatta a temperatura vicina a 37° oppure i preparati microscopici, positivi a temperatura ambiente, verranno delicatamente riscaldati su una fiamma fino a 37°. Oppure esaminati dopo permanenza in termostato per 1/2-1 ora. Si dovrà considerare isoagglutinazione positiva e vera solo quella agglutinazione che persista chiaramente, a tale temperatura.

Nel caso di panemoagglutinazione anche assai intensa basta un riscaldamento prossimo a 37° per ottenere una *completa* scomparsa della agglutinazione e per avere una distribuzione del tutto uniforme dei globuli rossi.

Noi raccomandiamo vivamente di non tralasciare mai il controllo della influenza della temperatura di circa 37° sulla agglutinazione dei globuli rossi, quando si eseguiscono determinazioni di gruppo sanguigno. In modo speciale poi quando si cerchino dati da servire per la trasfusione sanguigna. Ma anche in ricerche per altro scopo si dovrà aver cura che il fattore panemoagglutinazione non intervenga ad alterare i rsiultati sperimentali.

Quando venga eseguito con esattezza e con sieri specifici attivi il riconoscimento del gruppo sanguigno è sempre facile ed univoco. L'affermazione di aver riscontrato casi nei quali i risultati erano incerti e contradditori non ha alcuna giustificazione, che non sia quella di un procedimento tecnico insufficente. Nè esistono nell'uomo altri gruppi di isoagglutinazione oltre ai quattro ben noti, come è stato ripetutamente dimostrato da noi in confronto ad alcune recenti affermazioni circa pretesi nuovi gruppi (13), (14), (16).

CONCLUSIONI

Vere autoagglutinine, attive in modo specifico solamente verso i propri globuli rossi o di altri individui di eguale gruppo sanguigno, non sono finora state riscontrate nell'uomo.

Nel sangue umano anche in condizioni normali è presente un anticorpo emoagglutinante, attivo a freddo e solamente a freddo verso i propri globuli e verso quelli di altri individui di qualunque gruppo sanguigno, ed anche di gruppo sanguigno con globuli non isoagglutinabili (gruppo I).

Tale anticorpo è stato da noi indicato col nome di panemoagglutinina.

I fenomeni di panemoagglutinazione sono indipendenti da quelli di impilamento e da quelli di isoagglutinazione.

Il titolo di tale panemoagglutinina è normalmente assai basso. Può aumentare in condizioni patologiche svariate, che si accompagnia ad aumento generico dei poteri immunitari dell'organismo, specifici ed aspecifici.

La temperatura alla quale avviene la panemoagglutinazione dipende dalla quantità di globuli rossi messi in contatto e dalla concentrazione della panemoagglutinina.

Quando il titolo della panemoagglutinina è assai alto si può avere agglutinazione anche a temperatura ambiente media (14°-17°).

La panemoagglutinazione manca a temperatura prossima a 37° e scompare quando sia avvenuta a temperatura inferiore.

La panemoagglutinina è un anticorpo di secondo ordine, in quanto la sua azione si manifesta senza intervento di complemento.

BIBLIOGRAFIA

(1) CLOUGH C. G. and RICHTER I. M. *Study of an Auto-Agglutinin Occuring in Human Serum.* Bull. Johns Hopkins Hosp., 29, 326, aprile 1918.
(2) DEBENEDETTI E. *Sull'azione agglomerante a freddo dei sieri.* Policlinico, Sez. Med., fasc. 2, febbr. 1924.
(3) DEBENEDETTI V. *Su un caso di autoagglutinazione in sangue umano.* Policlinico, Sez. Med., fasc. 6, giugno 1924.
(4) LATTES L. *La individualità del sangue umano,* ecc. Principato, Messina, 1923.
(5) MINO P. *Ricerche sulla modificazione dei gruppi sanguigni.* Riforma med., n. 4, 1923.
(6) ID. *Quanti sono i gruppi sanguigni?* Riforma med., n. 18, 1923.
(7) ID. *Contributo alla conoscenza dell'emoimpilamento.* Riforma med., n. 21, 1923.
(8) ID. *Incompatibilità biologiche nella trasfusione, ecc.* Minerva med., n. 12, 1923.
(9) ID. *Ricerche sull'autoagglutinazione dei globuli rossi nell'uomo.* Policlinico, Sez. Med., fasc. 11, 1923, fasc. 2, 1924.
(10) ID. *Ricerche sull'isoagglutinazione dei glob. rossi nell'uomo. I. Agglutinabilità dei globuli. Potere agglutinante del siero. Influenza della temperatura.* Giorn. di Biol. e Medic. sper., vol. I, fasc. XII-XIII, aprile-maggio 1924.
(11) ID. *Ulteriori ricerche sull'autoagglutinazione dei glob. r. nell'uomo.* Giorn. di Biol. e Med. sper., vol. I, fasc. XII-XIII, aprile-maggio 1924.
(13) ID. *Recherches expérimentales sur la question des groupes sanguins.* Art Médical, 1924, août.
(14) ID. *Ueber die angebliche Existenz von mehr als zwei Isoagglutininen,* etc. Muench. med. Woch., 1924, n. 33.
(15) MINO P. e CANAPERIA G. *Sul modo di determinare i gruppi sanguigni.* Policlinico, Sez. prat., fasc. 14, 7 aprile 1924.
(16) MINO P. *Sulla pretesa esistenza,* ecc. Giornale di Biol. e Med. sper., vol. I, fascicolo XII-XIII, aprile-maggio 1924.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA
DELLA R. U. DI GENOVA
diretto dal prof. sen. E. MARAGLIANO.

Un nuovo apparecchio da pneumotorace terapeutico

per il dott. A. DE MARTINI, assistente.

La presentazione di un nuovo apparecchio da pneumotorace terapeutico quando già tanti se ne hanno nella pratica, da quello classico di Forlanini, in originale od in riduzione, a quello assai semplice di Morelli, e a quello monumentale di Küss, potrebbe parere poco rispondente ad una necessità seriamente sentita e di scarso contributo ad una quistione tecnica giudicata ormai risoluta.

Pur tuttavia chi ha consuetudine coi vari tipi di apparecchi in uso sa bene come ciascuno di essi di per sè sia lungi dal rappresentare il compendio dei seguenti requisiti fondamentali:

a) minimo di volume;

b) massima semplicità di manovra;

c) massima sicurezza di operazione.

Riteniamo perciò non del tutto superfluo dare qui la descrizione di un nuovo apparecchio, il quale ci sembra possedere una somma di vantaggi tali da renderlo utile specialmente ai medici pratici.

La diffusione crescente che il metodo di Forlanini va oramai acquistando in tutti i paesi, la sua volgarizzazione che ne lo fa richiedere anche da ceti sociali che non possono permettersi il lusso di lunghi soggiorni in istituti di cura od in cliniche specializzate, fanno infatti sì che, almeno per quanto concerne i periodici rifornimenti del gas, anche i pratici debbano familiarizzarsi colla tecnica pneumotoracica.

Il nostro apparecchio è la derivazione di un altro ideato per gli svuotamenti degli essudati e per i lavaggi della pleura già illustrato qualche mese fa su questo stesso giornale.

La parte centrale consiste in un rubinetto di vetro a tre vie, il cui tappo è munito di due fori ad angolo retto. Alla via di destra è unito un tubetto di gomma in cui è inserito un sottile filtro di vetro cilindrico contenente della ovatta sterile; quella centrale è in rapporto con una siringa da 20 cc. (virtualmente 30 cc.) per mezzo di un tubo di gomma sufficientemente lungo da permettere la manovra

della siringa senza allontanare il rubinetto che resta fissato sul fondo dell'astuccio; quella di sinistra porta il tubo coll'ago di puntura. Su questa ultima via è fatta una derivazione laterale sbarrata da un rubinetto semplice che riceve il tubo di comunicazione con il manometro.

zione — si pone il rubinetto centrale, che è l'unico perno di tutte le manovre, nella posizione che permetta la comunicazione siringa-filtro, e ritirando lo stantuffo si aspira tanta aria dall'ambiente fino a riempirne la siringa. Si punge allora con le modalità solite la parete toracica e, ottenuta la segnalazione manometrica, si stabilisce il rapporto siringa-pleura mantenendo la siringa orizzontale senza fare alcuna pressione sul pistone, di modo che durante l'inspirazione questo venga a poco a poco aspirato fino al fondo. Si ricarica la siringa, manovrando opportunamente il rubinetto, e si ripete la stessa operazione fino alla costituzione, si può dire spontanea, di una piccola bolla endopleurica che metta al riparo del pericolo dell'embolia gassosa.

Questo consta di tre pezzi: una branca ad U, montata su di una tavoletta, sulla quale vanno ad innestarsi due segmenti verticali mediante un incastro a smeriglio. Sul braccio sinistro del manometro è incisa la graduazione in cc. di acqua.

Una tale struttura del manometro permette una notevole economia nella dimensione della lunghezza: basti pensare che tutti gli apparecchi finora in uso hanno in questo senso una dimensione obbligata di almeno 40 cm.

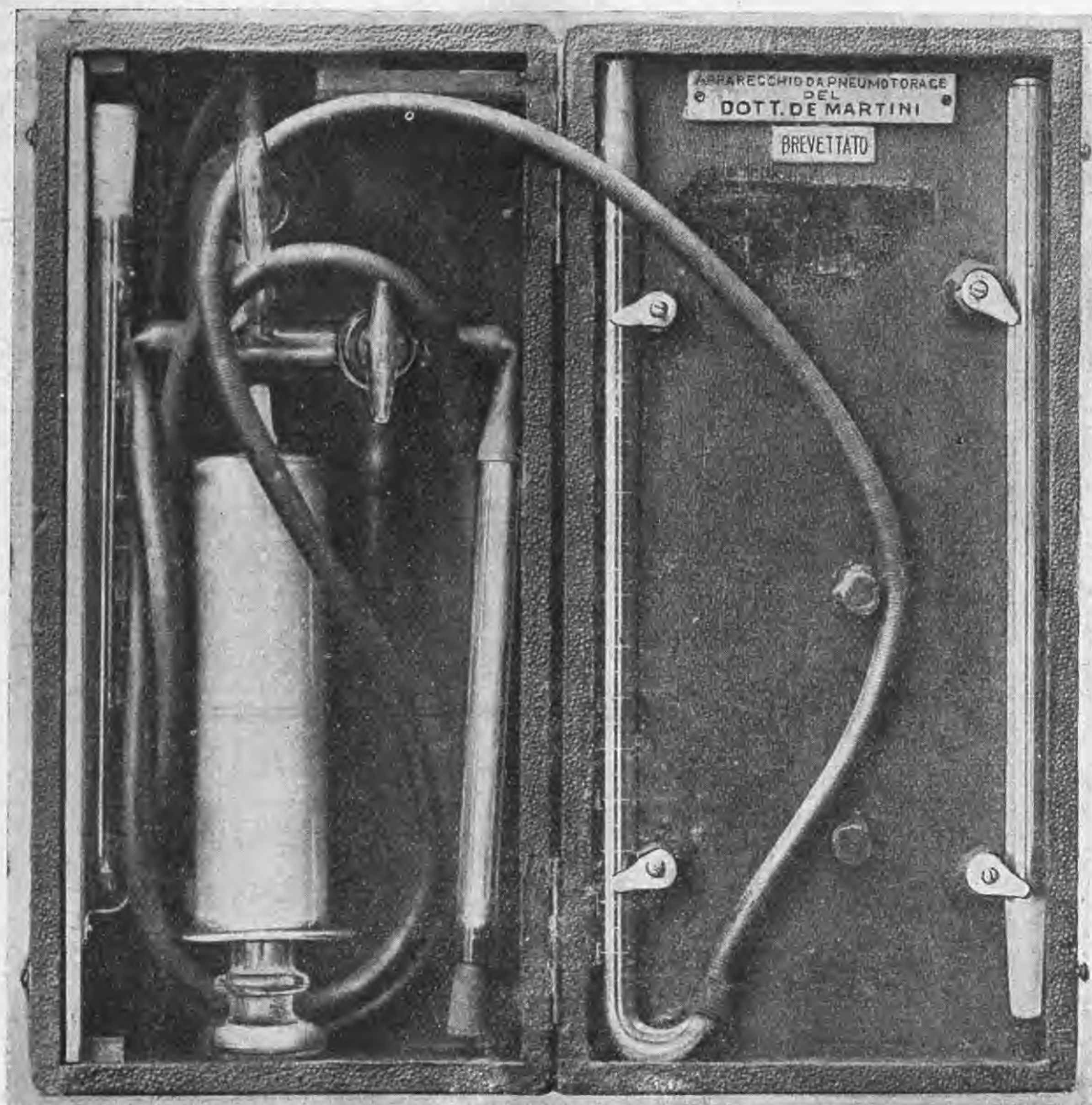
Prima di iniziare il funzionamento dell'apparecchio, previamente sterilizzato, si monta il manometro inserendolo nell'apposito incastro sul fondo dell'astuccio, e lo si carica spremendovi con un piccolo batuffolo di cotone tanta acqua fino a raggiungere il livello O.

Ciò fatto — nel caso di una prima insuffla-

La ulteriore immissione di gas potrà essere allora affrettata con una pressione graduabile, sia inclinando dall'alto al basso la siringa, sia premendo opportunamente sullo stantuffo. Tenendo conto del numero di siringhe scaricate si conoscerà la quantità di gas introdotta.

Durante tutto questo tempo è mantenuta in permanenza la comunicazione della pleura tan-

to col manometro quanto col serbatoio (siringa). Ne viene che in ogni istante si possiede il perfetto controllo della entrata del gas nella pleura e che nel contempo si ha la misurazione (dislivello del liquido manometrico) noi però preferiamo servirci dei due apparecchi separatamente.

Tutto l'apparecchio è contenuto in un astuccio di cm. 20 × 9 × 4, di dimensioni cioè tascabili.

della pressione in cc. di acqua colla quale il gas viene introdotto. Questo modo di procedere, come ben si comprende, rende la sicurezza dell'operazione assoluta.

Volendo servirsi del nostro apparecchio per eseguire lo svuotamento di un essudato o per altri interventi sulla pleura, basterà escludere il manometro. Ai fini di una più sicura asepsi

Riassumendo, i pregi essenziali di questo apparecchio sono:

a) le dimensioni ridottissime;

b) la possibilità di eseguire le manovre con un solo rubinetto a due vie;

c) la comunicazione costante e utile della pleura col manometro.

OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO.

Un nuovo ago da pneumotorace.

Prof. UMBERTO CARPI, medico primario.

Esiste tutta una serie di aghi da pneumotorace. Dal semplice ago di Forlanini, montato su un oliva porta-tubo, si passa a tipi più o meno complicati costruiti con lo scopo di evitare l'otturazione del lume o di impedire una lesione del polmone durante l'atto di introduzione. Di questi aghi alcuni sono costruiti con una doppia cannula, una esterna per la perforazione dei tegumenti esterni, una smussa interna per la perforazione della pleura (ago di Courmont, di Henius, di Kuss).

Per le prime introduzioni Forlanini si serviva di una siringa di sicurezza applicata all'ago da pneumotorace con un passo a vite, e munita di un rubinetto a tre vie che stabilisce a volontà la comunicazione tra ago e siringa e tra ago e apparecchio da pneumotorace, mentre una terza via permette la comunicazione della siringa coll'esterno quando si voglia vuotarne il contenuto.

La siringa di sicurezza permette l'esplorazione della parte toracica fino alla pleura e fornisce preziose indicazioni sul punto di penetrazione dell'estremità dell'ago.

L'uso del manometro ha ormai sostituito quello della siringa di sicurezza alla quale si potrà tuttavia sempre ricorrere in casi speciali e particolarmente per introduzioni di pneumotorace in presenza di versamento pleurico.

Uno degli inconvenienti che offrono gli aghi tipo Forlanini è la facile otturazione della loro estremità nel passaggio attraverso ai tegumenti esterni (pelle, grasso). L'otturazione dell'ago toglie la possibilità di un esatto controllo manometrico: e la manovra di spremitura del tubo di gomma per disostruire l'ago non è sempre consigliabile nè è scevra di inconvenienti anche gravi (Saugmann). Riescono pertanto utili gli aghi muniti di mandrino che permettono di assicurare, con una facile manovra la pervietà del lume dell'ago. Gli aghi più usati di questo tipo sono quelli di Saugmann e di Kier Petersen: sono aghi muniti di rubinetto che ricordano il dispositivo di un tre-quarti di Potain.

Allo scopo di ottenere un dispositivo che garantisce la pervietà dell'ago e una manovra ad un tempo rapida e precisa ho ideato

D C B F E

Fig. 1.

Fig. 1-a.

G

Fig. 2.

G

Fig. 3.

e fatto costruire un ago a mandrino nel quale il movimento del rubinetto di chiusura avviene automaticamente a scatto, all'atto di ritirare il mandrino. Questo dispositivo rappresenta un evidente vantaggio nella tecnica operatoria pneumotoracica. Eseguendo la puntura con l'ago munito di mandrino si garantisce la pervietà del suo lume e di conseguenza l'esattezza del controllo manometrico all'atto della penetrazione in cavità pleurica; il mandrino permette di controllare in ogni fase della puntura la sede di penetrazione dell'estremità dell'ago e all'atto della penetrazione di questa in cavità pleurica, di sondare la pervietà della stessa ricacciando la superficie polmonare per una piccola estensione corrispondente alla porzione che fuoriesce dall'estremità stessa dell'ago. Ritirando il mandrino il rubinetto di chiusura dell'ago assume la posizione voluta per dar via libera al gas, automaticamente, ciò che evita spostamenti della punta dell'ago che sono difficilmente evitabili nei movimenti di manovra a mano del rubinetto. La chiusura automatica impedisce poi che alla estrazione dello stiletto avvenga penetrazione di aria nella pleura per aspirazione dall'esterno.

La figura n. 1 rappresenta l'ago completo con relativo stiletto (A). Il rubinetto (B) a due vie, interposto fra la cannula d'acciaio (C) ed i due fori di comunicazione coll'esterno (D, E) è sollecitato dalla molla (F) a portarsi nella posizione indicata dalla detta fig. n. 1.

Le sezioni (fig. n. 2 e n. 3) mostrano la varia disposizione che possono assumere i fori del rubinetto, a seconda che la leva (G) si trovi al punto di partenza (fig. 2 G) od a scatto compiuto (fig. 1 G., fig. 3 G). Le aperture (D E, fig. 1, 2, 3) sono foggiate a cono per rendere facile l'applicazione del tubo comunicante coll'apparecchio da pneumotorace o l'eventuale innesto di una siringa di sicurezza.

Detto ciò è facile comprendere come avvenga il funzionamento del rubinetto: l'ago è pronto per l'infissione quando, portata la leva (G) in posizione di scatto (fig. 2) si sia introdotto lo stiletto (A) nella cannula per tutta la sua lunghezza. Ad infissione avvenuta si ritira lo stiletto. Quando l'estremità di questo, strisciando lungo il lume interno dell'ago, lascia libero quel tratto di foro che corrisponde al rubinetto, questo, sollecitato dalla molla (F), si portà di scatto nelle posizioni indicate dalle fig. 1 e 3, mettendo in comunicazione il lume interno dell'ago coll'apparecchio da pneumotorace, e chiudendo nel contempo la comunicazione coll'esterno, prima ancora che lo stiletto sia completamente estratto dalla cannula. A volontà il rubinetto può essere manovrato a mano e per far ciò occorre togliere l'appoggio della molla sulla leva (G). Le molle sono ricambiabili come pure sono ricambiabili le cannule ago. Queste si forniscono del diametro di 9/10 di millimetro od a richiesta di misure diverse.

La tecnica d'uso è semplice. L'ago viene applicato, per mezzo dell'oliva portagomme, al tubo dell'apparecchio da pneumotorace nel quale si stabilisce la comunicazione fra il tubo stesso ed il manometro. Il mandrino è introdotto nel lume dell'ago sin presso la sua estremità (senza oltrepassarla); il rubinetto resta così in posizione di scatto. Scelto lo spazio intercostale e il punto di iniezione, vi si infigge l'estremità dell'ago approfondendola lentamente attraverso alla cute, al cellulare sottocutaneo e allo strato muscolare arrestandolo al piano del cellulare sottopleurico. Durante l'infissione si può, spingendo dolcemente il mandrino, controllare la posizione raggiunta dalla punta dell'ago sondando lo spazio che la circonda, e ritirandola, dopo ogni sondaggio, di qualche millimetro per permettere di procedere in profondità. L'ago viene quindi approfondito entro lo spazio pleurico; a questo punto sondando col mandrino si avverte una particolare cedevolezza che ne indica le pervietà. Il mandrino viene quindi ritirato determinando la chiusura a scatto del rubinetto; in questo istante, qualora si sia raggiunto lo spazio pleurico, l'aspirazione manometrica ne darà una immediata conferma. In tal caso si può dar via libera al gas dall'apparecchio da pneumotorace.

Se l'indicazione manometrica non fosse sufficientemente caratteristica si può controllare la pervietà dell'estremità dell'ago introducendo di nuovo il mandrino; eventualmente si potrà correggere la posizione dell'ago stesso sino ad ottenere una indicazione manometrica precisa. Non ottenendo alcuna oscillazione manometrica l'ago verrà senz'altro estratto, nell'eventualità che la sua estremità venga a trovarsi nel lume di un vaso (in tal caso il mandrino porterà tracce di sangue alla sua estremità) o nello spessore di una aderenza (e in tal caso l'estremità del mandrino incontrerà una resistenza qualora venga sospinta oltre l'estremità dell'ago. Qualora l'estremità dell'ago fosse penetrata nel lume di un alveolo o di una piccola diramazione bronchiale potrà aversi un'oscillazione manometrica che riproduce le oscillazioni della pressione polmonare (negativa nella inspirazione, positiva e in grado più ampio nella espirazione).

In casi speciali, volendo servirsi del dispositivo della siringa di sicurezza, secondo Forlanini, non si ha che a togliere il mandrino e a disarmare la molla a scatto del rubinetto, applicando una siringa al cono esterno dell'ago.

L'ago rappresenta un perfezionamento dell'istrumentario e della tecnica pneumotoracica garantendone quella precisione e quella rigorosa e completa possibilità di controllo che esclude ogni possibilità di deficienza o di incidenti dell'atto operativo.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Contributo alla patogenesi ed alla cura del tetano con l'acido fenico alla Baccelli

per il dott. GIUSEPPE GIANNATEMPO,
medico condotto.

Quanto sia sicura l'azione profilattica del siero antitetanico lo dimostra il fatto che il suo uso si è tanto affermato nella pratica medico-chirurgica da fare biasimare gravemente quel medico che lo trascurasse al momento opportuno.

Uno dei sieri entrati prima nella pratica medico-chirurgica, la recente grande guerra europea doveva avvalorarne l'uso profilattico, sì da farlo rendere obbligatorio dalle autorità militari, nelle ferite in generale: saggia disposizione, perchè grazie all'efficacia di esso, si può ritenere confortante la cifra dei morti avuti in guerre recenti, rapportati a quelli di antiche, quando si pensi alla molteplice varietà ed alla perfezione dei mezzi di distruzione usati nelle prime, ed a quelli relativamente scarsi, usati nelle altre.

Le statistiche di tutti i paesi fanno fede di quanto sia ridotto il numero dei colpiti da tetano, nella pratica infortunistica civile, da che Behring e Kitasato conobbero, per la tossina tetanica, la possibilità di un processo d'immunizzazione artificiale; e l'umanità dev'essere grata davvero a coloro che, mercè ricerche pazienti, acquisirono alla scienza la meravigliosa previdenza contro il terribile male, ed a quegli altri che contribuirono a renderla pratica (Brieger, Wassermann, Tizzoni, Roux, ecc.).

Se tanto brillanti sono i risultati del siero antitetanico, usato a scopo profilattico, altrettanto scarsi e fallaci — e starei per dire — nulli, sono generalmente ritenuti quelli del siero usato a scopo terapeutico; e questa credenza trova giustificazione nel meccanismo patogenetico dell'infezione tetanica.

Quì il locus minoris resistentiae è rappresentato in genere dalla soluzione di continuo, in cui la mortificazione cellulare costituisce una conditio favorevole all'attecchimento ed allo sviluppo del bacillo di Nicolayer. Non tocca quì argomentare la inammissibilità del tetano spontaneo, voluto da una teoria antica: il tetano è sempre d'origine traumatica.

Piuttosto importa dire che i tessuti, quanto più mortificati, tanto più facilmente costituiscono terreno propizio allo sviluppo dei bacilli, specialmente se vi concorrono altri batteri, che distraggono dai primi l'azione difensiva dei fagociti; l'assoluta mancanza o la deficienza di ossigeno, che si verifica in ogni distruzione di tessuti, sia d'origine traumatica sia d'origine batterica, rappresenta un'altra conditio favorevole.

Il bacillo del tetano, pervenuto nella soluzione di continuo, resta « in sito » e di qui inonda l'organismo delle proprie tossine, le quali esplicano la loro azione elettiva, aggredendo ed eccitando le cellule motrici del sistema nervoso centrale; e poichè l'azione del siero antitetanico si esplica non sui bacilli, bensì neutralizzando le tossine libere di essi, o nel focolaio d'infezione, o nel circolo sanguigno, fa d'uopo avere la massima fiducia nell'efficacia preventiva del siero stesso, iniettato subito dopo il trauma; ma poco o nulla esso potrà giovare, quando la tossina tetanica si sarà strettamente fissata al midollo spinale; per cui, anche se il siero venga iniettato al comparire dei primi sintomi del tetano, sarà sempre dubbia la sua efficacia disintossicante.

***

In due casi di tetano conclamato, anzichè servirmi del siero antitetanico a dose curativa, ho usato l'acido fenico alla Baccelli e ne ho avuto ottimi risultati. La Clinica insegna che l'acido fenico ha spiccata azione sedativa sui poteri reattivi della cellula nervosa.

« Maragliano è del parere che l'acido fenico possa neutralizzare in vivo i veleni tetanici, per il fatto che i malati di tetano sopportano bene dosi di acido fenico che sarebbero male tollerate dai sani » (Goggia: Diagn. e Clin. med.).

« Babes è potuto venire alla conclusione che l'acido fenico esplica un'azione antitossica sulla tossina tetanica » (Mariani: Medicina interna).

Va però inteso che, a tetano conclamato, l'uso dell'acido fenico non dev'essere disgiunto da quello degli antispasmodici e dall'iso-

lamento dell'infermo, allo scopo di evitargli ogni stimolo esterno, che possa risvegliare gli accessi.

Riporto i due casi:

I. Di Giulio Marco, di anni 7, da Forme, fraz. di Massa d'Albe. Lo trovo in preda a forte accesso convulsivo con prevalenza di fatti spastici. Trisma accentuato. Opistotomo alternantesi con emprostotomo, con prevalenza del primo. Ipertermia (non mi riesce misurarla col termometro). Il ragazzo si contorce violentemente sul letto, la nuca rigida in dietro, i mascellari in atteggiamento di prognatismo. Il pianto della madre ed il vocio degli astanti contribuiscono a rendere il quadro impressionante. Riesco a sapere che il piccolo infermo, cinque giorni addietro, si era ferito un dito con una ronca da mietitura: difatti osservo al polpastrello dell'indice destro una crosta ematica delle dimensioni di una grossa lenticchia. Nessuna colpa se in quella famiglia di contadini non s'era dato alcuna importanza alla piccola ferita. Mi sembrava che la terribile sindrome tetànica irridesse alla scienza medica, e, *ut aliquid fieri videatur*, allontano gli astanti, chiudo le finestre, faccio stendere sul pavimento dei sacchi, allo scopo di soffocare qualsiasi rumore di passi, riuscendo ad ottenere. dopo circa dieci minuti, l'attenuarsi dello stato convulsivo. Prescrivo una soluzione al 2 % di acido fenico da usarsi per via ipodermica (12 ctgr. pro die), ordino un clistere evacuativo, seguito da clisteri quotidiani di cloralio idrato.

La sindrome tetanica va man mano diradandosi ed al 7° giorno non resta che uno stato di lieve stopore.

II. Filauri Antonio, di anni 35, contadino, da Massa d'Albe. Ferita lacero-contusa nella regione frontale, con lieve grado di spappolamento delle parti molli, lunga 6 cm. circa ed interessante quasi l'intero spessore dei comuni tegumenti, da colpo di mattone ricevuto in rissa. Assensa di lesione ossea. Lieve ematoma in corrispondenza della bozza frontale destra. Previa antitetanizzazione (iniez. ipod. di 1500 U. I. inglesi Roseuau), e trattamento antisettico della ferita, applico quattro punti di sutura e copro con garza sterile. Bendaggio compressivo sull'ematoma. Guarigione per primam. In 17ª giornata rimuovo i punti. L'individuo, nei giorni successivi attende ai lavori di campagna. Nel pomeriggio del 20° giorno avverte senso di fastidio in corrispondenza della cicatrice già consolidata, cefalea, malessere generale con senso di stiracchiamento muscolare, lieve impedimento nella funzione masticatoria. In verità, consultato, ebbi a mettere in relazione tali disturbi con lo strapazzo avuto dal soggetto, durante la giornata, nel lavoro dei campi, e gli consigiiai di prendere un purgante il giorno successivo e di stare a riposo. Ma il giorno successivo si era già dichiarata una sindrome così caratteristica (trisma, convulsioni toniche generalizzate, a volte ortotonia, non febbre, ecc.) da indurmi a fare diagnosi di tetano, eliminando tutte le altre diagnosi di probabilità.

Dispongo l'infermo in modo da evitargli ogni frastuono esterno, ordino il solito clistere evacuativo, e comincio a praticargli iniezioni ipodermiche di acido fenico in soluzione acquosa al 3%, dalla dose di 5 ctg. pro die, frazionati (primum non nocere), ed aumentando gradatamente sino a 15 ctg. Clisteri quotidiani (gr. 5) d'idrato di cloralio.

La sintomatologia tetanica ha un crescendo d'intensità sino al 4° giorno; poscia, siccome comincia a cedere, allungo le distanze fra una iniezione e l'altra, sino a sospenderle del tutto al 7° giorno. Al 10° l'infermo è completamente guarito. Durante la somministrazione di acido fenico, in entrambi i casi, non ho mai avuto ad osservare sintomi di intolleranza (urine carboliche).

CONSIDERAZIONI CLINICHE.

Nel primo dei due casi esposti, il tempo trascorso dalla produzione della piccola ferita fino al comparire della sintomatologia tetanica (5 giorni) non si può considerare che come periodo di incubazione dell'infezione. È da fermare nella mente che l'attecchimento del tetano può seguire a qualsiasi soluzione di continuo dei tessuti, inquinata in qualsiasi modo, o all'atto del trauma o successivamente. Lo strappamento ed il pestamento dei tessuti non si possono ritenere condizioni indispensabili, bensì favorevoli allo sviluppo dell'infezione; la profondità o meno della ferita non implica alcunchè nella patogenesi del tetano, ed a me sembra che la vastità stessa della ferita sia direttamente proporzionale alla probabilità d'attecchimento dell'infezione, non tanto a causa del grado di mortificazione dei tessuti, quanto a causa della maggiore estensione del focolaio, che costituisce una più larga porta d'entrata pei bacilli o per le spore tetaniche.

Nel caso riferito la porta d'entrata è stata piccola, non si notava alcun segno di spappolamento dei tessuti, che il trauma aveva mortificati per brevissimo tratto.

Nel 2° caso, invece, sorge dubbio circa la via patogenetica seguita dall'infezione. Il tempo (20 giorni), intercorso dall'accidente traumatico al manifestrsi dei primi sintomi, possiamo considerarlo come periodo di vera incubazione del tetano? Possiamo, cioè, ammettere che i bacilli di Nicolayer, capitati nel « focolaio » al momento del trauma, abbiano immantinenti cominciato ad irrorare l'organismo delle loro tossine? L'efficacia profilattica del siero specifico, iniettato subito dopo il trauma, sarebbe stata nulla (?).

Pertanto, saremo più inclinati ad ammettere di trovarci di fronte ad un caso di tetano tardivo, cicatriziale. È da suppore, cioè che

insieme con i bacilli, o in secondo tempo, sieno capitate, sulla ferita, spore tetaniche; che le tossine secrete dai primi sieno state neutralizzate dal siero specifico; le spore, invece, abbiano resistito alla «toelette» antisettica della ferita, e, germinate in secondo tempo, i nuovi bacilli abbiano esplicato la loro azione deleteria, sfuggendo all'azione del siero già tutto eliminato dall'organismo. Invero è noto quanto sieno resistenti le spore tetaniche ad ogni mezzo battericida: la letteratura medico-chirurgica ne è ricca di casi particolari. Il Bernabeo in un capitolo della sua patologia chirurgica riferisce una osservazione di Heinchke, «in cui il male delle mascelle sarebbe comparso due anni dopo la ferita del nervo sciatico, sotto il cui nevrilemma era rimasto il proiettile causa della lesione», e nello stesso capitolo che «un pezzetto di legno che aveva prodotto l'infezione in un caso, inoculato ad animali 2 anni dopo, potè riprodurre una infezione mortale».

In base a tali considerazioni, sarebbe prudente sistema procedere alla reiniezione del siero antitetanico nei primi 10 giorni successivi al trauma (ad evitare fenomeni d'anafilassi) e quando si potrà ritenere del tutto eliminato dall'organismo il siero iniettato precedentemente.

A prevenire l'eventuale proliferazione di spore, ogni medico dovrebbe seguire questo indirizzo profilattico, ogni qualvolta ritenesse l'organismo del traumatizzato maggiormente esposto al pericolo di infezione tetanica tardiva, per il verificarsi di cause predisponenti (specie dell'oggetto traumatizzante, entità della ferita, disinfezione usata all'atto del trauma, processi distruttivi dei tessuti, sorti a distanza dal trauma, condizioni antigieniche di ambiente, ecc.).

Concludendo, debbo affermare che, in entrambi i casi curati col metodo Baccelli, i risultati sono stati veramente meravigliosi, specialmente nel 1° caso, in cui la mancanza di iniezione profilattica, la brevità del periodo incubazione (5 giorni), l'intensità della sindrome osservata facevano supporre essere in circolo tossine sufficienti a produrre la morte del piccolo malato.

La letteratura medica, italiana e straniera, è ricca di casi di tetano guariti con l'uso dell'acido fenico alla Baccelli; non pertanto pubblico queste osservazioni cliniche, perchè, nell'interesse dell'umanità sofferente, sia sempre più divulgato ed adottato con serena fiducia il metodo del grande Clinico.

Massa d'Abbe.

SUNTI E RASSEGNE.

UROLOGIA.

Studi sulla diuresi.

(E. BECHER. *Münch. Mediz. Wochens.*, 18 aprile 1924).

Un nuovo indirizzo nel campo della diuresi, recentemente sorto, è quello che mette in connessione con il processo di elaborazione dell'urina le alterazioni chimiche e fisico-chimiche del siero. A. Ellinger e la sua scuola cercarono di spiegare l'azione dei diuretici con alterazioni della ultrafiltrabilità del siero. Volhard dimostrò in una serie di esperimenti importanti fatti, che parlano per una azione extrarenale dei diuretici. È stato cercato di mettere in rapporto con la diuresi una serie di alterazioni del sangue e della circolazione. Oggigiorno è dimostrato che non esistono relazioni obbligatorie tra diuresi da una parte e idremia, pressione arteriosa, pressione capillare e velocità di circolazione nei reni dall'altra. Se anche molte diuresi si hanno con un aumento di velocità di circolazione, tuttavia una diuresi non può essere così spiegata, dato che non si sa quale ne sia la causa e quale l'effetto, non conoscendo cioè se anche l'aumento di velocità di circolazione non possa essere altro che una conseguenza della diuresi.

Anche quanto riguarda il processo renale non si ha alcun accordo tra i vari AA. L'importanza della parte filtrante nella elaborazione dell'urina, che negli ultimi tempi fu ritenuta abbastanza minima, è per le ricerche e l'ipotesi di Ellinger nuovamente caduta. Osservazioni cliniche hanno dimostrato che reni non sani trattengono in modo diverso le singole sostanze, e che la eliminazione delle medesime rappresenta in un certo qual grado una funzione parziale del rene. E da ciò il pensiero di poter riuscire a stimolare le singole funzioni parziali del rene con diuretici.

Fu studiato l'azione di soluzioni ipertoniche di sali, quali cloruro sodico, solfato di soda, nitrito sodico e fosfato di soda, di zuccheri — levulosio, destrosio, galattosio, maltosio e saccarosio —, d'urea e suoi derivati — mono- di trimetilurati. Secondo l'A. queste sostanze avrebbero nello studio della diuresi un forte vantaggio sui corpi purinici potendo meglio seguire la loro distribuzione nel sangue e tessuti, e la loro eliminazione nell'urina.

L'A. nelle sue esperienze trova:

1) L'idremia insorge in seguito ad iniezioni intravenose di soluzioni ipertoniche e precisamente è più intensa con soluzioni di zuccheri, meno intensa con soluzioni di sali, ancor meno intensa con soluzioni di urea e suoi derivati. L'idremia si comporta cioè in rapporto inverso alla solubilità dei lipoidi del diuretico. Difatti con soluzioni ipertoniche di trimetilurato, solubilissimo, manca quasi l'idremia, malgrado la sua buona azione diuretica. Mediante iniezioni sottocutanee del diuretico non si ha idremia, malgrado che nel sangue arrivi una dose non inferiore di quella usata per via venosa. L'idremia insorge perciò solo quando le soluzioni su dette arrivino velocemente nel sangue. L'idremia è da considerarsi quale un processo osmotico, però non è da escludere anche un processo attivo di secrezione dell'endotelio capillare.

L'idremia e la diuresi non vanno parallele: l'idremia cessa molto prima della diuresi. Inoltre l'idremia non può essere considerata quale causa della diuresi; si hanno idremie senza diuresi e diuresi senza indremia.

2) La diminuzione della viscosità e l'aumento della ultrafiltrabilità del siero favoriscono la diuresi, però non sta in un regolare rapporto con questi fattori.

3) L'azoto non può essere sostituito nell'urina da sali o zucchero, al contrario si ha uno spostamento parziale e totale del cloruro sodico per mezzo dell'azoto, specie il tiourato e anche altri sali, ad eccezione del nitrato sodico.

4) Quanto al rapporto tra la diuresi e la eliminazione del diuretico, non si ha diuresi senza eliminazione del diuretico, al contrario si può avere l'eliminazione del diuretico senza avere la diuresi.

5) Nelle forti diuresi, rapidamente insorgenti, le concentrazioni dei singoli componenti dell'urina si avvicinano a quelle del siero, nel successivo decorso della diuresi si allontanano poi di nuovo. Il rene compie nel massimo della diuresi un lavoro osmotico relativamente piccolo e si comporta come nella insufficienza renale e isotenuria.

6) I diuretici agiscono quali stimoli secretivi prevalentemente solo per loro propria eliminazione e per quella dell'acqua. Malgrado un aumento considerevole della quantità d'urina, l'eliminazione delle sostanze solide dell'urina, eccettuato il cloruro sodico, non viene od è relativamente poco influenzata. La maggior eliminazione del cloruro sodico avviene per un avvicinamento della concentrazione del cloruro sodico dell'urina a quello del siero, cioè avviene per un concomittante processo di filtrazione.

7) I diuretici agiscono per via renale o extrarenale? Il parallelismo tra eliminazione del diuretico e diuresi parla per una azione renale. In animali nefrectonizzati i diuretici non hanno alcuna azione. Il passaggio d'acqua dai tessuti al sangue che avviene nelle diuresi in animali sani, non si ha dopo la nefrectomia. Negli animali sani i diuretici agiscono principalmente per via renale.

E. MOSNA.

Considerazioni sulla pielite delle gravide.

(W. STOECKEL. *Münch. Mediz. Woch.*, 29 febbraio 1924).

I fattori efficienti di tale malattia sono l'infezione e la stasi urinaria. L'infezione proviene quasi sempre dall'intestino: la stasi sarebbe in rapporto con una dilatazione degli ureteri, reperto così frequente anche nei casi di gravidanza decorsi senza sintomatologia alcuna. Il sopraggiungere della stasi rappresenterebbe il fattore decisivo; quanto all'infezione, tre vie le sono possibili: l'ascendente, la linfatica e la sanguigna.

L'infezione per via ascendente, ammessa per il passato, sembrava confermata dai numerosi casi in cui alla pielite precedeva una cistite. I germi dall'ano per il perineo avrebbero trasmigrato nella vulva e nell'uretra e da qui, attraverso vescica e ureteri, fino al bacinetto. Tale spiegazione offre però il fianco a numerose obbiezioni: anzitutto la rarità effettiva di coincidenza tra cistite e pielite, quindi la presenza tra lo sbocco esterno dell'uretra e la pelvi di molteplici ostacoli tali da opporre una barriera insuperabile al passaggio dei germi. Così lo sfintere interno della vescica, il quale ne chiude l'adito nel momento in cui ha finito di vuotarsi, e lo stesso passaggio dell'urina che, se pure non in grado di spazzar via tutti i germi, pure ne rende l'uretra sempre più povera. È pur vero tuttavia che nei casi di deficiente chiusura sfinterica può anche prodursi una cistite per via ascendente, ma, anche ciò ammettendo, riesce poi difficile rendersi conto di un'ulteriore ascesa dei germi agli ureteri e al bacinetto.

L'A. rammenta qui per esteso il meccanismo funzionale degli ureteri ed il modo col quale in condizioni normali viene garantita la chiusura dello sbocco ureterale in vescica. Esperienze ripetute hanno provato come, funzionando i reni, gli ureteri siano costantemente ripieni di piccoli fusi di liquido urinario alternati a tratti vuoti: onde retroperistaltiche ure-

terali e passaggio spontaneo del contenuto vescicale nell'uretere non furono mai osservati. Anche durante il riempimento e lo svuotamento vescicali il meccanismo d'azione concorde del muscolo detrusore, delle valvole degli sbocchi ureterali e dello sfintere interno dell'uretra, provvedono a che ogni aspirazione ed ogni stasi per riflusso entro gli ureteri venga impedita.

Aspirazione e stasi le quali potranno aver luogo nei casi di alterato decorso degli ureteri in corrispondenza dello sbocco vescicale per cui venga a mancare o a essere insufficiente l'azione di chiusura del detrusore sugli ureteri durante lo svuotamento vescicale, oppure nei casi di diminuzione del tono ureterale o di difettosa contrazione del detrusore medesimo. Tali condizioni, occorrono in alcuni stati morbosi e durante determinati interventi: così nel cateterismo ureterale, nella tubercolosi e nella gangrena della vescica, nelle cistiti gravi e profonde; condizioni nelle quali anche l'abnorme ampiezza degli sbocchi ureterali concorre al prodursi del riflusso ascendente.

Il riflusso e l'aspirazione prodotti da un'abnorme diminuzione del tono ureterale in corrispondenza dell'ostio vescicale con conseguente insufficienza di quest'ultimo, non di rado si verificano in seguito alla narcosi, alle lesioni traumatiche e specialmente all'ampio scollamento operatorio degli ureteri (intervento radicale per carcinoma uterino, estirpazione di grossi tumori intraligamentarii). Qui la diminuita funzionalità ureterale è in rapporto col grado delle lesioni e con la durata della narcosi e dell'atto operatorio. A questo proposito l'A. rammenta come nell'operazione radicale per carcinoma dell'utero una delle più temibili complicazioni durante la convalescenza sia data dall'insorgere della pielonefrite. È opportuno notare come all'autopsia soglia in questi casi trovarsi una dilatazione degli ureteri in seguito a stasi determinata dalle metastasi cancerigne.

Può la gravidanza produrre una dilatazione ureterale? Azione simile producono la resezione dello splancnico e l'atropina; ora, a parte l'azione meccanica dell'utero gravido, della quale occorre anche tener conto, l'A. esprime l'ipotesi che l'atonia ureterale possa altresì essere l'esponente di una manifestazione gravidico-tossica o almeno che un momento gravidico-tossico possa favorire se non determinare la insorgenza di tale fenomeno. Ignoriamo se la gravità soglia essere simpatico- o vagotonica, fa d'uopo tuttavia ammettere che gli ureteri, a causa della loro ricca innervazione siano particolarmente sensibili ad alterazioni della funzionalità nervosa del genere.

Naturalmente non tutti gli ureteri reagiscono allo stesso modo; è probabile altresì che entrino in giuoco fattori costituzionali. A tal riguardo l'A. ha osservato come le gravide a tipo infantile-ipofisario offrano una particolare predisposizione alla pielite e ciò per il fatto che verosimilmente la particolare debolezza muscolare di tali soggetti favorisce l'insorgere dell'atonia. Altri, ammettendo anzi che uno stato costituzionale a tipo giovanile occorra assai di frequente fra le donne feconde, spiegano in tal modo il facile insorgere dell'atonia e la consecutiva insufficienza dell'ostio ureterale. L'uretere femminile potrebbe considerarsi come terreno favorito dall'intossicazione gravidica.

Coll'ammettere l'intervento dei fattori gravidico-tossici aumentano ad ogni modo le probabilità per un'origine ematica dell'infezione pielitica. A tal proposito giova porre il parallelo tra ciò che nella gravida si verifica per gli ureteri e per l'intestino. È oggi ammesso dai più che la costipazione gravidica sia essenzialmente dovuta all'atonia intestinale, effetto, a sua volta, di un'infezione tossico-gravidica. L'intestino atono porta di conseguenza fra l'altro un aumento della permeabilità delle sue pareti ai germi e al bacterium coli. Avviene il passaggio di essi nel sangue e compare la batteriuria: la pielite sarebbe così preceduta da un'affezione dell'intestino. Ciò del resto conforta anche l'esperienza *ex iuvantibus*.

Concludendo, l'A. esprime l'ipotesi che nella pielite non si tratti di un'infezione accidentale del tratto urinario durante la gravidanza, ma forse di una manifestazione parziale dell'intossicazione gravidica. Una volta pervenuti i germi dall'intestino nel tratto urinario, essi vi diverrebbero tossici ed il loro potere infettivo verrebbe esaltato dalla stasi urinaria.

Circa la diagnosi l'A. insiste circa l'uso, oramai indispensabile — ad eccezione dei casi acuti — del metodo cistoscopico e del cateterismo ureterale.

Brevi considerazioni infine circa la terapia. L'A. è contrario alla provocazione dell'aborto e nella larga pratica personale riguardante anche casi gravi e gravissimi, non vi è mai ricorso. La lotta contro la pielite può dirsi certo non facile e di fronte ai casi lievi che col riposo, l'urotropina e la somministrazione di infuso di tiglio, e quelli di media gravità che col cateterismo ureterale e talvolta dopo un unico lavaggio della pelvi migliorano, vi

sono quelli gravi e gravissimi che durano anche 3 mesi e più e pei quali dobbiamo porre in opera tutti quei mezzi atti da un lato a ridurre l'afflusso di germi dall'intestino ai reni e ad accelerarne il deflusso dalla pelvi e dagli ureteri, dall'altro a combattere la batteriemia. Riposo, urotropina, diuretici, enteroclisi alte 2 v. al g. Nei casi di alte temperature lavaggio della pelvi e somministrazione endovenosa di un sale argentico.

La guarigione batteriologica della pielite gravidica si ottiene a dir vero assai di rado. È necessario che coloro che ne hanno sofferto vengano mantenute sotto un lungo controllo. Una batteriuria persistente per mesi durante la convalescenza e anche dopo la scomparsa di ogni sintomo soggettivo costituisce la norma.

M. AGOSTINI.

La disnervazione dei reni nelle nefralgie.

(PAPIN E. *Archives franco-belges de Chirurgie*, tomo XXVI, 1923, pag. 615).

L'A. rivendica la priorità dell'applicazione di questo metodo i cui primi 5 *casi* furono operati fin dal 1921.

Egli ha seguito fino ad ora, con esito ottimo, 27 *disnervazioni*.

Riassumendo, anzitutto, l'anatomia del rene, fa rilevare come il rene sia sopratutto innervato dal *plesso renale* che segue le arterie renali e penetra con esse nel seno del rene; esso è costituito di fibre provenienti principalmente dal *plesso solare* e accessoriamente dai nervi *grande e piccolo splacnico* e da *un ramo* proveniente *dal primo ganglio lombare*.

Il *plesso* circonda l'arteria renale formando delle maglie allungate parallele con anastomosi traversali. Nel suo tragitto presenta qualche rigonfiamento ganglionare, di cui uno costante (*ganglio renale posteriore*). I nervi seguono i vasi sanguigni fino alle più piccole ramificazioni.

L'A. si domanda se sia possibile praticare l'enervazione completa, quando si pensi che dei filetti si trovano nello spessore stesso delle pareti vasali.

La sola operazione completa consiste nella sezione totale del peduncolo e nella sua ricostituzione come ha praticato il Carrel.

Cercando di distruggere il plesso renale (in modo più semplice) con la lacerazione delle sue fibre si possono ottenere buoni risultati, nelle *nefriti dolorose*, nelle *piccole idronefrosi*, ed in tutte le *nefralgie senza caratteri precisi*.

In queste diverse affezioni l'A. ha praticato la *disnervazione* combinata alla *nefropessia* con *decapsulazione completa o incompleta*.

L'istrumentario è semplice; oltre i ferri comuni, ci si deve servire di una larga valva per mettere in evidenza il peduncolo, di una pinza senza denti e dei seguenti tre ferri speciali:

1) Una lama triangolare terminante in punta leggermente incurvata nella sua estremità;

2) Un piccolo divaricatore largo 15 mm. simile nelle forme ai divaricatori delle palpebre; questo serve per allontanare la vena renale e mettere in evidenza il tronco e le branche dell'arteria;

3) Un crochet smusso, che serve per sollevare i rami nervosi quando si voglia sezionarli per farne l'esame istologico.

L'A. raramente ha trovato dei filetti nervosi al davanti della vena, mentre non poco numerosi si trovano avanti ed intorno all'arteria.

Egli esegue la seguente tecnica:

«Pratica anzitutto la classica incisione lunga lombare. Scoperto il rene lo libera dalla capsula adiposa. Bisogna andare guardinghi in corrispondenza dei poli renali e vedere se esistono vasi anormali; si continua lo scollamento con il dito ricoperto da una compressa fino al peduncolo vascolare. Si sposta l'uretere, e si mette in evidenza il peduncolo.

L'aiuto prende allora il rene che tira in fuori ed in basso con una mano, mentre con l'altra solleva con una grande valva il labbro mediano dell'incisione. In questo momento l'operatore tiene con la mano sinistra la pinza da dissezione senza denti e con la destra la lancetta triangolare che sostituisce la sonda. Alle volte per illuminare il fondo è opportuno servirsi di uno specchio frontale. La parte superiore della vena renale nasconde spesso il tronco e le branche dell'arteria, ed è perciò che con un piccolo divaricatore si sposta in basso il bordo superiore della vena. Scoperta così l'arteria si comincia a distruggere il plesso renale sollevando i filetti venosi con la pinza a dissezione, facendo scorrere sotto di essi lo strumento speciale; i nervi sono così rotti e vengono distrutti tutti quelli che si trovano alla parete anteriore dell'arteria ed al livello del bordo superiore.

La vena, se è opportunamente spostata all'inizio, non è pericolosa.

Terminato il lavoro nella regione anteriore l'aiuto sposta il rene mettendo in evidenza la faccia posteriore del peduncolo. Ed è in corrispondenza di questa faccia che si riscontrano i filetti nervosi in gran numero.

Terminata la *resezione*, il *tronco dell'arteria e le sue branche principali* debbono *presentarsi di aspetto liscio*.

Occorre ricordare che in corrispondenza del peduncolo renale esistono una quantità di piccoli *vasi collaterali*, che partono dal tronco dell'arteria e della vena per raggiungere il plesso capsulare.

Spesso nella dissezione tali vasi sono lasciati e per frenare l'emorragia 9 volte su 10 basta la semplice compressione; eccezionalmente si sarà obbligati a porre una pinza o del catgut 00, facendo un sol nodo.

Terminata la disnervazione occorre fissare il rene, il quale altrimenti resterebbe ciondolante, essendo liberato dalle aderenze e dal tessuto adiposo perirenale. Si pone, quindi, un drenaggio.

L'A. prima di praticare tale intervento si pone questa questione da risolvere. L'operazione è dannosa per la secrezione renale? Si nota sempre una poliuria dopo l'intervento che dura qualche ora solamente.

Alcuni dicono che il rene disnervato resti poliurico; in realtà se non vi è stata infezione la secrezione renale torna al normale rapidamente.

Le ricerche del Carrel (1909-1910) ci danno qualche indicazione in proposito. Egli cercò se i reni, dopo la trapiantazione, potranno ancora funzionare. Egli ricorda che in un cane al quale aveva trapiantato i due reni, dopo 2 anni, riscontrò all'autopsia i reni normali.

Siccome il trapianto del rene richiede la sezione totale del peduncolo, il Carrel così facendo ha praticato una disnervazione totale.

Il metodo schematicamente ricordato della disnervazione del rene l'A. l'ha praticato, con ottimo successo, in 10 casi di nefralgia accentuata.

T. LAURENTI.

L'idronefrosi traumatica.

(F. GRECO. *Annali Ital. di Chirurgia*, fasc. IV, aprile 1924).

Riporta 2 casi operati dal prof. Muscatello e passa in rivista le attuali nozioni sulla idronefrosi traumatica, che è oggi considerata come una complicazione non frequente, ma possibile.

Etiologia. — Nell'idronefrosi traumatica lo ostacolo (necessario) al normale deflusso dell'urina può verificarsi in 3 modi: per rottura dell'uretere, per ostruzione o per compressione di esso. La *prima causa* è stata trovata eccezionalmente nell'uomo, probabilmente perchè la rottura dell'uretere causa in 1° tempo una pseudo-idronefrosi di notevole volume, che richiede un intervento prima che possa avverarsi la chiusura del moncone ureterale. La *ostruzione* dell'uretere può essere data da un coagulo e produce una distensione della pelvi. Ma la causa abituale è la stenosi ureterale per *compressione* esercitata dall'ematoma periureterale, che a poco a poco si organizza e si trasforma in tessuto fibroso che restringe gradatamente l'uretere e permette alla pelvi di distendersi notevolmente senza disturbi importanti.

Anatomia patologica. — Si osserva una sacca costituita per lo più dalla pelvi dilatata, ma se l'idronefrosi è di grande volume anche il parenchima renale è distrutto e ridotto ad una sottile lamina.

Il contenuto liquido è costituito da urina più o meno decomposta, torbida, di odore ammoniacale, con albumina. Se c'è infezione l'urina è purulenta. Il tessuto perirenale e periureterale è sclerotico, aderente.

Sintomatologia. — Non differisce da quella della comune idronefrosi.

In un individuo che precedentemente ha subito un trauma alla regione renale appare una tumefazione lombare, più o meno voluminosa, liscia, poco o nulla mobile con gli atti respiratori.

L'intervallo tra il trauma e la comparsa della tumefazione è più o meno lungo, mai molto breve. Durante esso il paziente avverte senso di malessere, di stiramento o di peso alla regione traumatizzata; spesso si ha dolore leggiero e continuo, oppure sotto forma di coliche.

Diagnosi. — Non è facile per quanto riguarda la natura dell'idronefrosi. Se la tumefazione lombare si sviluppa molto precocemente dopo il trauma non si può parlare di idronefrosi traumatica, poichè l'ostacolo al deflusso dell'urina non può produrre una dilatazione così ampia della pelvi in brevissimo tempo. In tali casi si deve pensare ad una pseudo-idronefrosi, alla rottura traumatica di una idronefrosi preesistente o ad una idronefrosi rivelata dal trauma..

Quando la tumefazione lombare appare dopo alcune settimane dal trauma, la diagnosi di idronefrosi traumatica può essere posta, ma con difficoltà. Si tratta di idronefrosi vera o di pseudo-idronefrosi? La diagnosi differenziale non è facile. Nella pseudo-idronefrosi i limiti sono incerti e la tumefazione cresce più rapidamente. La pielografia, quando è possibile, riesce di grande utilità.

La rottura di una idronefrosi preesistente presenta sintomi pseudo-peritoneali così minacciosi, che non è possibile confonderla.

Quando la tumefazione si manifesta dopo parecchi mesi o anni la diagnosi non presenta difficoltà.

Cura. — Chirurgica esclusivamente.

La *nefrectomia* è l'operazione di scelta, ma presenta difficoltà per le aderenze perirenali, sicchè spesso si deve ricorrere alla nefrectomia sottocapsulare o a quella per spezzettamento.

Se l'altro rene non è in buone condizioni, la nefrectomia con drenaggio è operazione di necessità.

CASO. I. — Uomo di 43 anni. Nel 1916 sul Carso subì trauma al dorso per scoppio di granata. Ebbe ematuria per 5 giorni. Il dolore rimase persistente al fianco sinistro e si esacerbava col lavoro.

Nel 1921 (3 anni dopo il trauma) ebbe dolore all'ipocondrio sinistro, febbre e vomito. Dopo 12 giorni avvertì una tumefazione al fianco sinistro, progressivamente crescente, e l'urina divenne torbida. Condizioni generali gravi. Piuria dal meato di sinistra.

Operazione in 2 tempi. Aderenze fortissime ed estese. La sacca si rompe e da esito ad urina purulenta. Si drena. In 2° tempo si asporta con difficoltà. Guarigione.

CASO. II. — Uomo di 25 anni. Trauma in guerra (1915) alla regione lombo-addominale sinistra. Ematuria per 8 giorni. Dolore persistente. Nel 1918 tumefazione, febbre, dolori.

Nel gennaio 1919 è ricoverato in Ospedale. Condizioni generali non buone.

Operazione: in 1° tempo nefrotomia con drenaggio. Il parenchina renale è ridotto ad una sottile lamina. Aderenze estese e tenaci. In 2° tempo nefrectomia. Guarigione.

In tutte e 2 i casi l'uretere era stenosato nella prima porzione per sclerosi cicatriziale.

G. CIAPRINI.

Complicazioni urinarie della frattura del bacino.

(GUIBAL. *Journal d'Urologie*, n. 4, 1923).

Illustrando 2 casi in cui come complicazione si è verificato, rispettivamente, lo scoppio della vescica e la rottura dell'uretra membranosa, l'A. fa delle considerazioni sulla etiologia, sulla patogenesi e sulla cura di tali complicazioni.

La loro frequenza è varia: in 7 casi osservati in un anno, le complicazioni urinarie si sono verificate 2 volte su 7, e, cosa curiosa nei casi più benigni. Tali complicazioni interessano la vescica e l'uretra membranosa.

Le rotture della vescica sono raramente intraperitoneali e si producono per scoppio della vescica distesa; molto più frequentemente sono extraperitoneali e sono determinate sia da fermento di essa, sia da rottura del legamento pubo-vescicale, sia per scoppio.

La rottura dell'uretra membranosa segue quella del legamento di Carcassone, essendo l uretra e l'aponeurosi unite intimamente.

Trattandosi di fratture del bacino bisogna subito informarsi della funzionalità dell'apparato urinario e sapere se il ferito ha emesso spontaneamente dell'urina chiara.

Vi sono casi con sintomatologia chiara, altri con quadro oscuro.

La *rottura intraperitoneale* è caratterizzata dalla contrattura intensa dei muscoli della parete e dai comuni segni di reazione peritoneale accompagnata dalla vacuità della vescica controllata con la sonda.

In caso di rottura *extraperitoneale* della vescica l'urina mescolata al sangue si espande nel cavo di Retgius e s'infiltra nel tessuto sottoperitoneale delle fosse iliache; può anche passare attraverso il focolaio di frattura pubica ed espandersi nelle grandi labbra o nello scroto, sotto la pelle dell'addome, alle radici delle coscie.

Il ferito non può urinare, nè ne ha lo stimolo, essendo vuota la vescica.

Il globo vescicale manca, e la regione s'infiltra progressivamente.

La sonda attraversa facilmente l'uretra e fa uscire urina sanguinolenta, raccolta nella cavità del Retgius. Premendo sull'infiltrazione, prosegue l'eliminazione. Con l'esplorazione rettale si rileva un'infiltrazione diffusa che riempie la cavità pelvica.

Quando è *rotta l'uretra membranosa* il quadro clinico è molto differente.

Il ferito ha bisogno di urinare; si sforza, ma non può. Il globo vescicale, disteso, doloroso, sorpassa il pube. Non esiste infiltrazione alcuna. Il perineo è libero, indoloro, ecchimotico. Lo scroto è nero e leggermente infiltrato senza dubbio per la frattura.

L'uretrorragia è possibile, ma meno abbondante che nelle rotture perineo-bulbari della uretra.

L'esplorazione rettale fa rilevare l'infiltrazione e il dolore nella regione prostatica.

La sonda passa facilmente nell'uretra anteriore ma si arresta in corrispondenza della prostata.

Diagnosticata una complicazione urinaria, occorre subito intervenire.

1) Se *esiste reazione peritoneale*, anche lieve, si pratica una laparotomia mediana soprapubica, con piccola incisione, che si ingrandirà, eventualmente.

Se si riscontra la vescica rotta nella sua porzione peritoneale, si sutura in due piani, mettendo una sonda a permanenza; se si rileva uno spandimento di sangue nel Douglas senza lesione vescicale, si pensi che questo sangue può derivare da una rottura extraperitoneale della vescica, sia per transudazione, sia anche per una lesione minima, difficilmente riscontrabile.

Asciugato questo sangue, si sutura il peritoneo e si esplora la porzione extraperitoneale della vescica.

2) In *caso di rottura extraperitoneale*, praticata l'anestesia rachidea, si faccia un'incisione mediana soprapubica, e si vada alla ricerca della lesione prevescicale; se la lesione è facilmente abbordabile si pratichi la sutura in 2 piani, si lasci un piccolo drenaggio alla parete e si ponga una sonda a permanenza. Se la lesione, invece, non si trova, è bene fare la cistostomia e drenare con un tubo medio di Marion.

3) Se esiste *rottura dell'uretra membranosa*, l'operazione si fa in 2 tempi.

Il primo tempo deve farsi subito dopo l'accidente. Con anestesia locale si fa la *cistostomia* alta con piccola incisione sufficiente per introdurre una Pezzer n. 20. Il 2º tempo può effettuarsi subito o dopo 4-5 giorni, secondo le circostanze, essendo così, passato lo *schoc*.

Sotto rachianestesia, la perineotomia trasversale apre la loggia prostatica, che è del resto sfondata per la lacerazione dell'aponeurosi media. Evacuati i coaguli, si mettono in evidenza i due monconi dell'uretra membranosa mettendo una sonda nel meato ed una beniqué nell'orifizio soprapubico. La sonda, è cacciata nella vescica per mezzo della beniqué.

La friabilità e la sottigliezza dell'uretra prostatica rendono la sutura dei due monconi impossibile; si possono però riunire i tessuti all'intorno della sonda con anse di catgut passate con ago molto curvo.

Con un po' di pazienza si riesce quasi completamente a chiudere la cavità.

Si drena con fili di Firenze e si sutura del tutto l'incisione cutanea.

La sonda uretrale si lascia per 3-4 settimane; in questo frattempo l'urina fuoriesce dalla sonda uretrale e soprapubica. Si praticano frequenti lavaggi vescicali.

L'uretra si ricostituisce rapidamente nella sonda, e dopo 15-20 giorni, si toglie la sonda soprapubica.

Una piccola fistola perineale può persistere un po' di tempo; sono necessarie dilatazioni graduali.

L'uretra membranosa, data la sua costituzione anatomica, non ha tendenza ai restringimenti; e, quindi, i risultati sono ottimi.

T. LAURENTI.

I risultati lontani di 35 casi di estrofia della vescica trattati con il trapianto degli ureteri nel retto.

(C. H. MAYO. *Journ. Ann. Med. Ass.*, feb. 1924).

L'A. riferisce su 35 casi di estrofia vescicale operati nel periodo di tempo compreso tra il 1912-1913 con l'impianto degli ureteri in corrispondenza dell'angolo retto sigmoideo, secondo il metodo usato da Coffey nell'innesto del coledoco, vale a dire col fare percorrere un tratto di un centimetro o due agli ureteri sotto la mucosa rettale. L'operazione fu eseguita in due tempi a distanza di 10-15 giorni una dall'altro. L'A. ha avuto una morte immediata per peritonite; 3 morti tardivi in rapporto coll'atto operativo (1 di pielonefrite, 1 di emorragia e 1 di peritonite) e 4 per malattie intercorrenti (polmonite, tubercolosi, tifo e cancro vescicale).

L'A. nota come vi sia una certa tendenza all'impianto del cancro sulla porzione di vescica che esiste. Dopo un certo periodo di tempo ha escisso la vescica col bisturi o col galvanocauterio suturando il margine della ferita o ricoprendo la perdita di sostanza con lembo di aponevrosi secondo Kanavel.

V. GHIRON.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

Dott. prof. P. STANGANELLI. *L'asma bronchiale nei moderni concetti.* Un volume in-8, di pagine VIII-100. Roma (1924). Casa Editrice Luigi Pozzi. Prezzo L. 12.

Il rapido svolgersi delle nuove concezioni patologiche ed etiologiche dell'asma bronchiale, la conseguente metodica diagnostica, il profondamente mutato indirizzo terapeutico facevano ormai sentire il bisogno di un libro che riunisse i vari elementi dell'intricato argomento e dopo averli coordinati e vagliati con una critica misurata, ne esponesse un quadro sintetico.

E questa deficienza non è solo italiana poichè anche all'estero i libri buoni e completi sull'argomento fanno del tutto difetto.

Ben dunque ha fatto lo Stanganelli accingendosi all'ardua fatica che ha assolto con non comune diligenza e fervore.

Esamina egli anzitutto con adeguato criterio critico i tipi clinici della sindrome *Asma*, della quale accanto alla *forma tipica* descrive le *atipiche* — comprendendovi l'asma catarrale propriamente detto, l'asma larvato, l'asma da fieno e le loro rispettive varietà — e quelle associate ad altre malattie dell'apparato respiratorio (enfisema, tubercolosi, sifilide, pneumopatie croniche) e l'asma infantile: tenendosi cioè, nelle lineè generali, a quelle di recente fornite dal Sergent che nel suo libro però sembra ignorare completamente i contributi portati dai ricercatori italiani.

Passa quindi al problema più poderoso che ha richiamato in questi anni particolarmente l'attenzione degli studiosi, al problema cioè non ancora completamente risolto ma pur tuttavia parzialmente chiarito della patogenesi ed eziologia.

Su questo l'autore si è diffuso offrendo un'illustrazione completa, chiara, sintetica.

Dopo aver infatti esposti i concetti più recenti sul meccanismo della crisi asmatica, esamina le cause eziologiche mettendo in rilievo l'unione e la diversa ma egualmente importante azione delle condizioni predisponenti (e ne illustra i momenti disendocrino, diatesico e costituzionale) favorenti o concorrenti e determinanti, a proposito di che il valore da lui assegnato alle «spine», nel determinismo e nella terapia non troverà forse universale consenso.

Per questi ultimi affronta con erudizione i rapporti fra asma, anafilassi e costituzione, ed espone nel modo più completo tutte le nuove acquisizioni che sul terreno dellè ipersensibilità hanno creato tanto progresso e interesse da imporre una vera revisione del capitolo *Asma bronchiale*, e chi legge la monografia dello Stanganelli riceve chiara l'idea del profondo mutamento delle idee recato dagli studi moderni.

Brevi ma succosi sono i capitoli destinati alla diagnosi e alla prognosi mentre giustamente lo Stanganelli si è preoccupato di dare alla terapia lo sviluppo che merita, poichè è bene rilevare che le nuove ricerche ne hanno mutato profondamente l'indirizzo, il che ha reso favorevolissimi i risultati fino a pochi anni or sono invero sconfortanti.

Pertanto l'autore ha distinto fra terapia dell'attacco e terapia eziologica, ambedue parimente necessarie; della seconda si occupa separatamente nei riguardi della *spina* locale, dello stato generale e dello choc umorale, argomenti quanto mai controversi, sì che non mancano punti per i quali si può dissentire.

Lo stile è chiaro, la materia è ordinatamente esposta, nulla è trascurato di quanto merita ricordo e considerazione, sia delle classiche che delle moderne concezioni.

Il libro dello Stanganelli colma così una grave lacuna e lo fa in guisa che il suo libro dovrà essere consultato da quanti vorranno occuparsi dell'interessante problema.

C. FRUGONI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Il primo Congresso italiano di Eugenetica.

Milano 20-23 settembre 1924.

Congresso importante per il numero degli intervenuti (fra cui si notavano alcune spiccate personalità della scienza) e per gli argomenti trattati in laboriose sedute, di cui ne sono state tenute fino a tre in un giorno. Vi erano diversi rappresentanti di Stati esteri, fra cui il prof. Darwin, della British Eugenic Society e l'ing. Mark, direttore della Statistica francese, che parteciparono alla cerimonia inaugurale.

Il primo tema ufficiale venne trattato dal prof. CORRADO GINI: *Le relazioni dell'eugenica con le altre scienze biologiche sociali*. Vi sono, dice il relatore, dei caratteri che l'eugenica deve favorire ed altri che deve invece ostacolare. Il suo campo però oggi deve essere ancora limitato agli studii e non potrà passare alle applicazioni se non dopo lunghe e pazienti ricerche.

Sulla *guerra ed eugenetica*, riferì il prof. SARVOGNAN, considerando l'influenza che la guerra può avere avuto sulla selezione degli individui come dei popoli e facendo rilevare il carattere nettamente antiselettivo della guerra moderna. Esaminate poi, in base ai dati sulla nati-mortalità e sulla mortalità infatile e sul peso dei neonati, le relazioni intercedenti fra la recente guerra e l'eugenica, l'O. giunge alla conclusione ottimistica che la generazione nata durante la conflagrazione europea non può dirsi fisicamente inferiore alle generazioni che la precedettero.

Di notevole interesse per l'Italia è stata la relazione del prof. LIVI su: *Emigrazione ed eugenetica*. Essa ha messo in luce l'influenza che l'emigrazione può avere sullo sviluppo di malattie diffusive, quali la tubercolosi e la sifilide. E' dunque necessario che si rivolga l'attenzione alle correnti di rimpatrio, che dànno una maggior percentuale di tarati in confronto delle migratorie.

Contro alcune tendenze di certi eugenisti moderni, si espresse il padre prof. A. GEMELLI, Rettore dell'Università Cattolica, nel tema: *Religione ed eugenica*. Con tali tendenze, si arriverebbe a riconoscere l'opportunità di interrompere lo sviluppo di un nascituro nei casi in cui, in base alle condizioni fisiche dei genitori, apparisse certo o quasi che egli verrebbe al mondo, affetto da malattie o da gravi deficienze organiche o psichiche. Idee di tal fatta sono contrarie allo spirito ed alla lettera della religione cattolica e ciò

spiega il fatto che il movimento eugenico è condannato da molti ecclesiastici. E' da augurarsi che i più autorevoli rappresentanti dell'eugenica insistano su questo punto in modo da dissipare ogni equivoco, tanto più che su queste tendenze, anche dal punto di vista puramente scientifico, non appaiono pienamente giustificate. In tal caso anche la Chiesa cattolica apporterà alla nuova scienza il suo appoggio, e lo farà con tanto maggior zelo, in quanto che le concezioni fondamentali dell'eugenica già fanno parte della sua dottrina.

A conclusioni non dissimili venne il prof. E. PESTALOZZA, trattando: *Le indicazioni operatorie in rapporto dell'eugenica.* In una prima parte, l'O. esaminò il problema se sia possibile con interventi chirurgici modificare l'individuo in modo che le modificazioni appaiano nella prole, problema a cui va risposto negativamente. Per quanto riguarda poi gli interventi chirurgici demolitori, che avrebbero lo scopo di impedire la nascita di germi malsani, le indicazioni di questa specie sono tanto rare ed incerte, che non possono trovar posto fra i metodi propri dell'eugenica. E' quindi da augurarsi che questa non si attardi a consigliare repugnanti operazioni, ma attinga all'igiene sociale le norme per debellare le condizioni morbose e rivolga i suoi studii per estendere alla stirpe i benefici che l'igiene già assicura all'individuo ed alla società.

Per il criminale, il prof. DARWIN, ha riconosciuto la necessità di impedire che da esso nasca della prole, in quanto che il delitto è in prevalenza l'effetto di elementi ereditari, non sradicabili nè correggibili. Ma la procreazione deve essere ostacolata, non già con mutilazioni barbare, ma mediante una segregazione da esercitarsi in forma mite ed umana.

Di notevole importanza furono le relazioni sull'*alcoolismo e sulle malattie nervose, in rapporto all'eugenica.* Per il primo, il prof. MAROI, venne alla conclusione che non risulta affatto che l'alcoolismo sia per l'Italia un flagello nazionale. Meno rosee sono state invece le conclusioni del prof. G. ANTONINI, che insistè particolarmente sul fatto che la frequenza sia dei casi di pazzia in genere, sia di quelli di pazzia epilettica è proporzionata al consumo dell'alcool. Specialmente significativi sono i rapporti fra industrialismo ed alcool e l'O. dimostra, per Milano, che la carta della distribuzione delle industrie si sovrappone a quella della pazzia. Fra i còmpiti immediati dell'eugenica, deve quindi figurare la propaganda contro l'abuso dell'alcool, soprattutto fra gli operai.

A proposito delle malattie nervose e mentali, il prof. MEDEA, dopo aver passato in rassegna l'azione coercitiva di alcuni Stati contro la procreazione da parte di soggetti tarati, dimostrò la scarsa efficacia di tali provvedimenti e l'impossibilità del loro trapianto fra noi. Limitò quindi le proposte, invocando la costituzione di un casellario sanitario e di un controllo sanitario dei matrimoni, sotto forma di un certificato medico prematrimoniale, sia pure facoltativo. Insistè inoltre sulla necessità della formazione di una coscienza collettiva in modo da rendere impossibile certi matrimoni e certe nascite.

Altre relazioni da segnalarsi sono quelle dei proff. FRANCIONI (*Le anomalie costituzionali e diatesiche dell'età infantile in rapporto all'eugenica*), CATTANEO (*Influenza delle vitaminosi ed avitaminosi sullo sviluppo delle razze*), CHIGI (*La teoria della costituzionalità nei rapporti con la dottrina della specie*), PASINI, oltre a molte comunicazioni.

Di grande significato per la moderazione ed il sano equilibrio, è l'ordine del giorno d'indole generale che dimostra la prudenza, la discrezione e la serietà del Congresso, il quale, pure essendo convinto della santità degli scopi che l'eugenica si propone e della necessità civile e morale dell'opera intrapresa, ha affermato che la più grande prudenza si impone prima di portare nel campo pratico le applicazioni degli studii finora fatti. Qualche utile direttiva possono questi portare alla condotta dei privati e degli Enti pubblici, ma gli sforzi dei cultori dell'eugenica devono per ora limitarsi nel campo delle osservazioni e delle ricerche.

fil.

Convegno per lo studio del gozzo endemico.

Al Convegno per lo studio del Gozzo endemico tenuto a Sondrio per iniziativa di quel Comitato provinciale parteciparono tra gli altri numerosi convenuti e presero viva parte alla discussione i proff. AMBROSI, BALP, BESTA, CERLETTI, LEVI, MONTI, PELLEGRINO e i dottori EGGENBERGER, BUZZI. MATTIOLI, MUGGIA, PEDRAZZINI.

La discussione sulla profilassi e la cura valse a porre in luce l'unanime persuasione della utilità della somministrazione di dosi minime di iodio. Riconosciuto a tal proposito che la forma più semplice, più pratica, più economica, è la somministrazione dello iodio a mezzo del sale comune e che l'uso del sale così preparato (data la tenue quantità di ioduro necessaria — un grammo per quintale — inferiore a quella che naturalmente esiste in talune qualità di sale normalmente usate in qualche paese d'Europa) non può presentare alcun inconveniente, anche se il sale così medicato sia dato in consumo ordinario in regioni meno gravemente affette da gozzismo, il Congresso prese atto col più vivo compiacimento dell'assicurazione del comm. AMBROSI, in nome della Direzione Generale di Sanità che il sale iodato sarà prossimamente preparato e messo in vendita anche in Italia limitatamente per ora alle regioni dove il gozzismo è più diffuso, anche per facilitare i necessari raffronti e controlli sui risultati che l'orami lunga esperienza di altri paesi autorizza a sperare di poterne trarre.

La discussione sulla *Etilogia* e la *Patogenesi*, che nessuno poteva illudersi fosse esauriente date le molteplici teorie che ancora si accampano l'una contro l'altra armata, si concluse colla nomina di una Commissione (BESTA, CERLETTI, MONTI) col còmpito preciso di provocare e coordinare tutte le proposte che si ritengono utili alla pratica im-

postazione di ogni sorta di indagini convocando a Milano non appena esaurito il lavoro preparatorio, in brevissimo lasso di tempo, un Convegno ove il piano di ricerche sia definitivamente stabilito.

A questi studi il benemerito comm. ACHILLE BRIOSCHI presente al Convegno destinò L. 25.000 e 5000 ve n'aggiunse la Ditta Hoffmann La Roche di Basilea.

Si ha fiducia che il generoso esempio trovi imitatori e che la questione una volta che sia sufficientemente finanziata possa finalmente avviarsi verso la sua soluzione. *In.*

Circolo di coltura di medicina e chirurgia nell' Università di Catania.

Seduta del 29 giugno 1924.

Tentativi di terapia con innesti di malaria terzana nella Paralisi progressiva.

Prof. E. AGUGLIA. — L'O. descrive la tecnica seguita, che è quella di Wagner von Jaureg, notando che dopo l'iniezione di sangue malarico il periodo di incubazione che era stato fissato a 15-18 giorni e che nei trattati viene portato a 21, deve essere esteso sino a 30 giorni, come numerosi casi hanno dimostrato.

Cita un caso, unico però, in cui l'inizio degli accessi febbrili si è avuto dopo 105 giorni dall'innesto.

Rileva che usando ceppi di quartana si può avere un decorso a tipo pernicioso (due casi), che richiede pronto ed energico intervento. È del parere pertanto che ci si possa servire solo dei ceppi di terzana.

L'O. si intrattiene sui risultati sin'ora ottenuti: sinteticamente può affermare che i risultati sono stati ottimi nei casi iniziali, ma non costantemente.

Oltre ad una vera rientegrazione psichica è stata notata la scomparsa della già constatata anisocoria, il ritorno alla normalità della reazione pupillare alla luce ed accomodazione, la ricomparsa normale dei riflessi patellari, la cessazione di ogni tremore: complessivamente una rientegrazione psicofisica quale con alcun altro metodo di cura è stato mai possibile ottenere, pur tenendo conto delle già da tempo constatate remissioni spontanee o consecutive a malattie infettive acute, ascessi di fissazione, piaghe da decubito, ecc.

In nessun caso però è del tutto scomparsa la disartria, in quanto che nei casi più fortunati è possibile notare un residuo, sia pur lievissimo, di inceppamento della parola.

La scrittura in due casi è tornata perfettamente normale.

Per quel che riguarda l'interpretazione l'O. si rivolge ancora la domanda: è l'alta temperatura che agisce ovvero è la specificità dell'alta temperatura?

Pare sin'ora che si debba parlare di azione dell'alta temperatura ed in proposito si augura che la diatermia possa in avvenire darci quei risultati che per ora si è costretti a richiedere ad una infezione.

Si può parlare di guarigione, si domanda l'O.? No certamente, ancora.

Il metodo è semplice ed i risultati immediati per unanime consenso di tutti i ricercatori sono brillanti: ma per parlare di guarigione bisognerà aspettare ancora qualche anno per tutto quello che la clinica e l'esperimento ci hanno insegnato.

A proposito di un corpo estraneo nell'esofago di un bambino.

Dott. A. PIAZZA. — Un bambino di 11 mesi, in pieno benessere, di colpo presenta segni di grave occlusione esofagea e tosse spasmodica. I genitori negano che si possa trattare di corpo estraneo casualmente inghiottito. L'esplorazione esofagea con sonda semirigida dimostra un ostacolo a 18 cent. dall'apertura labiale. La radiografia riesce negativa; invece la radioscopia dopo l'ingestione di bario dimostra un corpo estraneo rotondeggiante all'inizio dell'esofago toracico.

Dimostrata così la presenza di un corpo estraneo di natura organica, riuscite vane le manovre di uncinazione e di progressione, si ricorse alla esofagoscopia diretta senza anestesia nè locale nè generale data l'estrema debolezza del bambino che da tre giorni non inghiottiva cibo. Si estrasse così il corpo estraneo lungo 3 cm. e largo 2 cm. che risultò costituito da cute di maiale in gelatina.

Dopo 6 mesi lo stesso bambino presentò di nuovo stenosi esofagea accompagnata questa volta da elevazione termica a 39°. Diagnosticata con l'esplorazione la presenza di corpo estraneo nello stesso tratto di esofago dove si era arrestato il primo, e riuscito vano il tentativo di spostarlo con la sonda, anche questa volta si ricorse all'esofagoscopia diretta per mezzo della quale, manovrando con l'uncino ottuso di Bruenings, si riuscì a disgregare il corpo estraneo costituito da un blocco di mollica di pane.

L'O. mette in rilievo:

1) La grande utilità dell'esame radioscopico per la diagnosi dei corpi estranei anche trasparenti ai raggi nell'esofago e per la loro localizzazione.

2) La possibilità di praticare la esofagoscopia diretta anche in bambini senza anestesia nè locale nè generale.

3) Che nel suo caso, in assenza dei fenomeni di occlusione esofagea, la tosse spasmodica avrebbe potuto far pensare ad un corpo estraneo delle vie respiratorie.

Sulle cause dell'emottisi omolaterale nel corso di cura pneumotoracica.

Prof. G. IZAR. — Dal rilievo di 2 casi nei quali, a distanza rispettivamente di 3-5 giorni da rifornimento di azoto con pressioni finali di +2 e rispett. +5 era comparsa imponente emottisi frenata solo dall'introduzione di nuovo gas nella cavità pleurica e dal riscontro a così breve distanza da un rifornimento di gas di pressione endopleurica negativa, l'O. è indotto a ritenere che

la causa determinante l'emottisi (di natura certamente ulcerativa) fosse rappresentata dalla rapida decompressione affermata dal riscontro manometrico.

Circa le cause del rapido riassorbimento del gas l'O. ritiene che come meccanismo produttore si possa invocare quello stesso così ben individuato dal VARISCO per spiegare il rapido riassorbimento di gas che precede l'insorgenza di versamenti nel corso di cura pneumotoracica, tenuto naturalmente conto che nei casi illustrati non si trattava di pleurite essudativa ma verosimilmente di pleurite secca, già ammessa dal FORLANINI ed accettata dal FAVA.

Lo stato infiammatorio della pleura determina un rapido riassorbimento del gas nel giro di poche ore: all'abbassamento della pressione segue nei casi del VARISCO la formazione di un versamento la cui presenza in primo tempo riporta la pressione al livello, di poi l'aumenta: nei casi descritti invece, mancando la formazione del versamento e forse formandosene solo quantità non rilevabili e persistendo, come dimostra il reperto ascoltatorio di rumore di sfregamento, lo stato infiammatorio della pleura che accentua l'abbassamento della pressione, si vengono a costituire le condizioni opportune per una rapida distensione del polmone e la formazione di un'emorragia, quando naturalmente le pareti vasali siano abnormemente deboli.

L'O. dimostra infine quale importanza abbia la determinazione del fattore patogenetico nella scelta del procedimento terapeutico atto a vincere la emottisi.

L'innervazione cutanea del piede
(studio casistico).

Laureando C. CATANIA. — L'O. in 50 individui siciliani di cui 28 maschi e 22 femmine, ha studiato il decorso del nervo peroneo superficiale e le modalità della sua divisione nei rami terminali, e stabilito la parte che spetta ai nervi cutaneo medale e cutaneo laterale del polpaccio nella costituzione del nervo surale, giungendo con ricerche statistiche a importanti conclusioni.

G. IZAR.

R. Accademia di Scienze, Lettere ed Arti di Modena.

Sezione di Scienze (8 *giugno* 1924).

Presidenza: Prof. A. DONAGGIO, *presidente*.

Nuovo contributo alla conoscenza delle lesioni dei centri nervosi nel parkinsonismo postencefalitico.

Prof. DONAGGIO. — Nota che, se è ben conosciuta la sintomatologia clinica del parkinsonismo postencefalitico, non è ugualmente precisata la sua base anatomo-patologica, e accenna ai poco numerosi casi fino ad ora pubblicati con reperto anatomo-patologico. Osserva come vi sia accordo nella constatazione che il «locus niger» presenta in tali casi alterazioni notevoli; e come, a malgrado della meno intensa e talora inesistente lesione del corpo striato, più specialmente del sistema pallidale, si potrebbero, fino a un certo punto, anche con la dottrina nigrica ricondurre i reperti del parkinsonismo postencefalitico nell'ambito della più recente dottrina sulla base anatomica delle sindromi amiostatiche, che assegna al corpo striato, ad esclusione della corteccia cerebrale, una parte preminente nel quadro fenomenico, quando si considerasse il «locus niger» come una stazione di pertinenza del sistema pallidale.

Ma l'O. ha già in due casi di parkinsonismo postencefalitico messo allo scoperto — specialmente con i propri metodi per la dimostrazione della rete neurofibrillare da lui dimostrata nella cellula nervosa, e per la dimostrazione delle lesioni iniziali delle fibre nervose, oltre che con un procedimento ch'egli ha chiamato globale — un dato nuovo: cioè l'esistenza di una intensa partecipazione della corteccia cerebrale al processo morboso. Ai due citati casi, sui quali ebbe a riferire al Congresso di Neurologia di Napoli nel novembre 1923 (v. anche comunicazione alla R. Accademia di Scienze di Modena, dicembre 1923, in «Gazzetta degli Ospedali», n. 2, 1924) ora ne aggiunge un terzo, intorno al quale fece cenno al recente Congresso delle Scienze in Napoli (seduta del 3 maggio 1924).

Questo terzo caso, al saggio delle indagini praticate dall'autore, riesce di conferma al dato messo in evidenza nei due casi precedenti, in quanto presenta, associate alle consuete lesioni del «locus niger», e di fronte a tenuissima partecipazione del corpo striato, cospicue lesioni della corteccia cerebrale.

Dai ritrovati dell'O., attestanti la forte partecipazione della corteccia cerebrale al processo morboso, risulta ulteriormente, come già l'O. ebbe a rilevare a proposito dei due casi precedentemente illustrati, che il parkinsonismo postencefalitico non può rientrare, come invece si è fatto finora, nell'ambito di altre forme per le quali, secondo reperti che andrebbero riveduti, si invocano come preminente localizzazione i gangli della base. Risulta altresì appoggiata la concezione, dall'O. espressa, che si possa, alla stregua dei fatti d'osservazione, formulare una dottrina cortico-nigrica, piuttosto che la dottrina nigrica o la lenticolo-nigrica enunciate da alcuni AA., come espressione della base anatomica del parkinsonismo postencefalitico.

Prof. C. BONACINI. — L'O. presenta una annata di *Osservazioni metereologiche fatte nell'Osservatorio Geofisico.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Segni per la diagnosi di scarlattina nelle forme atipiche.

La diagnosi di scarlattina è talvolta malagevole quando l'aspetto atipico dell'eruzione si presta a confusione con altri eritemi; oppure nelle forme fruste della malattia, o quando questa è associata con altre. Possono allora servire i seguenti segni.

Segno della piega del gomito (Pastià). — È un esantema continuo, intenso, dapprima di colore roseo, poi feccia di vino, con sede alla piega del gomito. I tratti rossi sono spesso multipli e precoci, comparendo all'inizio del periodo di eruzione e persistono anche alla fine di questa in forma di macchia ecchimotica più o meno intensa. Per mettere in evidenza questo segno, si fa mettere il braccio in estensione e si tende la cute della piega. Esso è positivo nel 94% dei casi.

Prova del laccio elastico (Rumpel e Leede). — La compressione dell'avambraccio, mediante un laccio elastico, con una forza di 45-50 mm. di mercurio, continuata per 5-10 minuti, produce delle petecchie sull'avambraccio. Questo segno può anche esistere in altre manifestazioni febbrili; se esso però è negativo, si può escludere la scarlattina.

Segno della ventosa. — Quando si applichi una ventosa, si produce un picchiettamento di petecchie. Queste, nella scarlattina sono disposte irregolarmente e non sovrapponibili ai pori della pelle; nel morbillo, si ha un'immagine a carta geografica.

Segno di Schultz e Charlton. — Si inietta un cmc. di siero normale di uomo nel derma (si deve avere la formazione di una papula bianca e non di una bolla); 6-8 ore dopo, l'esantema impallidisce e scompare completamente e definitivamente per una zona larga quanto uno scudo. L'iniezione va fatta nei primi tre giorni dell'eruzione nella regione in cui l'esantema è più marcato. È un segno costante e probabilmente specifico.

fil.

CASISTICA.

L'erpete.

L'eruzione erpetica è preceduta da disturbi locali, quale il prurito, formicolii, dolori nevralgici, talora urenti, e da disturbi generali, con sensazione di imbarazzo, cefalea, e da tutti quei sintomi che costituiscono l'affezione di cui l'erpete è l'esponente, quale per es. l'angina erpetica, l'influenza, la polmonite.

La sede dell'erpete è varia; esso si sviluppa in genere sulla pelle e sulle mucose dermoidi.

L'*erpete delle labbra* è il più comune, e si sviluppa intorno al cavo orale, alle narici; si può estendere fino alle orecchie, agli occhi, al faringe; in questo ultimo caso è difficile poterlo osservare perfettamente in atto, perchè le vescicole facilmente si rompono.

Sul prepuzio e nel solco balano-prepuziale si può avere una eruzione a margine rosso, secernente un'abbondante sierosità: *l'herpes preputialis*. Talora questa eruzione si indurisce alla base, specie se trattata con topici irritanti, e può simulare una antica lesione sifilitica. Quest'erpete si può diffondere nell'uretra, dando luogo all'*erpete uretrale*, il quale si manifesta con abbondante scolo giallastro. Si differenzia dalla blenorragia per l'assenza di gonococchi, e per un contemporaneo erpete prepuziale.

Anche nella donna si può avere l'erpete della regione genitale, e può risiedere sulle grandi labbra, sulla clitoride, sulla mucosa vaginale, dando luogo a scolo leucorroico, e complicandosi talora con adenite inguinale. Spesso tale erpete si diffonde alle natiche, alla regione anale, procurando delle ulcerazioni che disturbano la defecazione, l'urinazione, la deambulazione.

Vi sono delle eruzioni erpetiche che si manifestano con la gravidanza, e scompaiono dopo il parto; esse possono essere la porta d'ingresso di infezioni specifiche o banali.

Nel liquido cefalo-rachidiano si ha una linfocitosi con modica albuminuria, esponente d'una reazione meningea.

I caratteri differenziali tra erpete e zona si possono riassumere nei seguenti: l'erpete recidiva facilmente, la zona no; il primo non ha una netta topografia radicalare come il secondo; questo ultimo compare più di frequente negli adulti e nei vecchi; l'erpete è invece proprio dei giovani.

È indubbio che gli erpeti trovano la loro origine in stati tossici ed infettivi, oppure compaiono in seguito ad irritazione della cute o degli elementi nervosi. Si ricordano a proposito erpeti sorti in seguito a punture lombari (Achard) o ad iniezioni di anestetici nello speco vertebrale (Achard e Laubry).

La *cura* degli erpeti è aspettante e protet-

tiva. Giovano le polveri inerti, e l'alcool jodato 1 p. 10; può essere utile l'autosieroterapia e la radioterapia.

(*Il Morgagni*, n. 31, 3-8-24).

CARUSI.

Della ittiosi familiare.

Il Ramorino (*Morgagni*, n. 22, 1924) alla XXª riunione della Società Italiana di Derm. e Sif. comunicò un caso di ittiosi, interessante per il carattere di ereditarietà familiare: gli è stato possibile rintracciare in cinque generazioni undici soggetti maschili affetti da ittiosi.

Se ci si potesse valere dell'ipotesi dei cromosomi ammessa da Mendel, i cromosomi ittiosi che hanno provocata la manifestazione cutanea del paziente sarebbero derivati da due precedenti generazioni materne immuni da manifestazioni apparenti; ma contenenti nelle cellule germinative questa particolare disposizione trasmissibile, le quali alla loro volta provenivano da due generazioni malate per la presenza di detti cromosomi nel seme testicolare.

Se si potesse seguire la manifestazione nelle generazioni seguenti se ne dovrebbero ripetere la continuità nel solo sesso maschile.

Per la chiara evidenza del caso, l'A. aggiunge l'*Ittiosi* alle classi delle malattie ereditarie con i «*sex-limited characters*» enunciate da Mendel (*Atrofia muscolare pseudoipertrofica* di Gowers, *Emofilia*, *Atrofia ereditaria del nervo ottico* (Mott), *Daltonismo* (Horner), *Emeralopia*, per mancanza sulla retina di alcune cellule sensitive addette alla luce di corta intensità.

PERSIA.

Sifilide ereditaria ed alterazioni ematologiche.

Esiste, secondo Loredde (*La presse Médicale*, 30 luglio 1924) una forma di sifilide ereditaria, assai frequente secondo l'A., che non presenta sintomi netti di specificità, ma che può in un dato momento manifestarsi come forme tardive spesso irreparabili o con distrofie di ogni specie.

Sintomi clinici esistono qualche volta ma spesso non sono presi in considerazione perchè non riferibili alla lues secondo le idee correnti in proposito; ai numerosi segni di probabilità enumerati da Marfan, molti altri ne vanno aggiunti sia pure come sintomi di presunzione.

La cura di prova in questi casi può essere veramente decisiva purchè prolungata, regolare, energica e non sarà mai nociva se bene praticata.

Si deve presumere la sifilide ereditaria in ogni bambino del quale la madre sia luetica, o del quale un fratello o una sorella più grandi, siano eredo-luetici; presumerla anche in un bambino del quale la madre sia figlia di luetici o abbia dei fratelli o delle sorelle eredoluetici, perchè esiste l'infezione di seconda generazione, che è anche non rara.

La prova della siero-reazione, che dà risultati frequentemente negativi nel bambino, anche in soggetti sicuramente eredo luetici è perciò insufficiente; al contrario lo studio del sangue è assai importante perchè può fornire segni di presunzione di eredo lues che permettono di riconoscere l'infezione anche nella fase preclinica che è poi il periodo migliore per la cura.

Lo studio sistematico del sangue permetterà anche di controllare gli effetti della cura.

L'A. ha riunito 23 osservazioni di bambini, adolescenti e adulti con sifilide congenita dimostrata; 26 osservazioni su individui dei quali la madre è sicuramente luetica e 22 osservazioni su individui con padre sicuramente luetico: nessuno degli esaminati ha presentato uno stato ematologico normale neanche tra quelli nei quali l'infezione è da presumersi solo per lo stato del padre, ossia in nessuno si è trovato simultaneamente un numero normale di emazie (4.500.000) un tasso normale di emoglobina (75% al più) un numero di leucociti normale.

Di tutte le alterazioni, la più frequente a riscontrarsi è la monocitosi.

In presenza di alterazioni ematologiche specie nei bambini, non si può ormai parlare di anemie idiopatiche, essenziali o almeno non si deve farlo se non si siano prima tentate le ricerche per escludere la sifilide, la tbc., o un'altra infezione cronica.

Che queste alterazioni ematologiche siano un sintomo di presunzione di infezione eredo-luetica è confermato dal fatto che la cura, purchè eseguita correttamente, le modifica sempre, almeno nei giovanetti: questa azione è specifica, nel senso che è un effetto delle proprietà spirillicide dell'agente terapeutico e si osserva perciò con tutti i medicamenti antiluetici. Col crescere dell'età le alterazioni ematologiche sono, naturalmente, più ribelli alle cure.

Concludendo l'A. ritiene che l'indagine ematologica deve entrare a far parte della pratica quotidiana della medicina infantile per il prezioso contributo che può dare nel chiarire l'etiologia di molte malattie che erroneamente si ritengono «locali», mentre debbono rientrare nel quadro sempre più vasto della eredo-lue.

VINCENZO MONTESANO.

TERAPIA.

La stricnina a dosi intensive.

Se la stricnina a dosi di pochi milligrammi al giorno può rendere utile servigi nelle forme leggere di esaurimento del sistema nervoso e dell'organismo, vi sono delle circostanze in cui occorre ottenere una stimolazione più potente ed usare quindi dosi assai più elevate. P. Hartenberg (*L'évolution médico-chirurgicale*, giungo 1924) ritiene che la sommistrazione della stricnina a dosi elevate sia indicata nelle seguenti malattie. Fra le affezioni del sistema nervoso, sono da menzionarsi gli stati di astenia grave, con disturbi della nutrizione generale, le amiotrofie da lesioni delle corna anteriori o dei nervi motori, la tabe (escluso il periodo dei dolori folgoranti) e le paralisi sfinteriche, la corea, la depressione melanconica semplice. Fra le altre malattie in cui è utile tale modo di somministrazione del medicamento, sono le intense adinamie, il collasso delle infezioni (tifoide, polmonite, pleurite), la tubercolosi cronica, il diabete zuccherino ed insipido, lo *shock* dei feriti, l'alcoolismo cronico ed il delirium tremens.

La tecnica del trattamento si basa sull'aumento progressivo delle dosi, fino a comparsa dei fenomeni di stricnismo (leggero stordimento, rigidezza delle gambe e delle mascelle). L'A. usa una soluzione a 1 % di solfato di stricnina, di cui ogni goccia contiene mezzo milligrammo e venti goccie quindi un centigrammo. Il primo giorno si danno, per bocca o per iniezione ipodermica cinque gocce, da ripetersi tre volte nelle 24 ore (in tutto mg. 7 e 1/2). Si aumenta poi ogni giorno di una goccia per ogni dose. Ad un certo momento, compare la reazione ed allora, continuando la dose raggiunta, si sospende la progressione, fino a che la reazione sia scomparsa, aumentando poi di nuovo sino a nuova reazione. In tal modo l'A. è arrivato a far prendere fino a *dieci centigrammi* al giorno. La stricnina non crea dei bisogni e può anche essere interrotta bruscamente, ma è meglio toglierla progressivamente. Le controindicazioni sono date da contrattura muscolare, ed insufficienza di eliminazione renale.

La sola difficoltà di questo trattamento sta nel farmacista, che non sempre acconsente a dare la dose che si prescrive e, peggio, ne dà una quantità minore; sicchè può accadere che il malato cambiando farmacia, ne trovi una in cui gli dànno la quantità prescritta e si espone quindi ad intossicazioni.

fil.

La somministrazione dei sali di litina.

I sali di litina hanno la proprietà di sciogliere l'acido urico e gli urati, ma hanno l'inconveniente di non essere sempre ben tollerati dallo stomaco. Per questa ragione, si devono usare a periodi brevi, somministrandoli di preferenza con delle acque gazose. Uno dei più usati è il benzoato di litina, che si può dare in polvere, a dosi di 20 cg. con parti uguali di benzoato di sodio; se ne fanno prendere due al giorno, ai litiasici uratici od agli individui con manifestazioni non molto gravi di gotta, purchè non abbiano disturbi digestivi. Si può anche formulare come pillole: Benzoato di sodio, e benzoato di litina, ana g. uno; estratto acquoso di stimmi di mais, estratto di convallaria ana g. 3; eccipiente q. b. per 50 pillole; da prendere 5 al giorno con una tisana.

Il carbonato di litina è meno solubile che il benzoato e lo si usa nello stesso modo. Carbonato di litina cg. 20; Acido benzoico cg. 5; Bicarbonato di sodio cg. 20; da prenderne due, mattina e sera, in un bicchiere di acqua gazosa. Huchard prescriveva: Teobromina cg. 50; Benzoato di sodio cg. 10; Carbonato di litina cg. 20; da prenderne uno-due al giorno.

Facilmente sopportata è la polvere effervescente, che si può formulare così: Carbonato di litina g. 10; Acido citrico g. 30; Bicarbonato di potassio g. 40; Zucchero polverato g. 20. Una cucchiaiata in mezzo bicchiere di acqua dà una limonata effervescente, che contiene 20 cg. di sale.

Meno usato è il citrato che pure si tollera meglio che il benzoato; lo si dà in pozione. Citrato di litina gr. 5; Acido citrico g. 1; Sciroppo citrico cmc. 80; Acqua distillata cmc. 220. Quattro cucchiai nelle 24 ore; ognuno contiene cg. 25 di sale. Difficilmente tollerato dallo stomaco è il salicilato di litina, che conviene per le manifestazioni articolari reumatico-gottose. Lo si prescrive in quantità di 10 grammi in 300 cmc. di acqua distillata, facendone prendere un cucchiaio in mezzo bicchiere di acqua di Vichy tiepida quattro volte al giorno.

(*Journal des praticiens*, 28 giugno 1924).

fil.

L'acido cloridrico nell'anemia perniciosa.

È stata recentemente emessa da Hurst l'ipotesi che l'acloridria costituisca nell'anemia di Addison (a. perniciosa) la lesione primitiva, per la quale, cessando il potere battericida del succo gastrico, viene permesso il

passaggio nell'intestino di germi, probabilmente streptococchi, le cui tossine, entrando in circolo, generano il quadro morboso.

Basandosi su tale teoria, M. E. Shaw (The Quart. Jour. of Med., n. 68, July 1924), dopo aver constatato in un numero discreto di casi della malattia la costante presenza dell'acloridria, ha cercato di stabilire la quantità di acido cloridrico che deve essere somministrato per ridare al succo gastrico il suo potere battericida.

Risulta in tal modo dalle sue osservazioni che questa quantità deve aggirarsi intorno agli 8 cmc. di soluzione preparata secondo la farmacopea britannica, per la quale si ha un titolo del 10 % di ac. cloridrico in peso, in maniera che in 1 cmc. si contiene gr. 0,1 HCl. Tale dose, diluita in una bevanda di gusto piacevole, sarà sorbita nell'intervallo di 1 ora, immediatamente dopo il pasto.

M. FABERI.

L' acquavite alemanna.

È un buon purgante che, preso a dosi opportune in una tazza di tè, può dare gli effetti desiderati nei casi in cui si richiede l'uso di drastici, allorchè vi è bisogno di una rivulsione intestinale intensa. H. Leclerc (*Presse médicale*, 23 marzo 1924) consiglia le dosi di 20-60 grammi, mentre di solito si prescrivono quelle di 5-30 grammi. L'acquavite alemanna ha però l'inconveniente del sapore bruciante che spesso non è tollerabile. Perciò si possono prescrivere i tre medicamenti che entrano nella sua composizione in forma di polvere nel modo seguente: Polvere di gialappa cg. 60; Polvere di scammonea cg. 50; Polvere di turbith (vegetale!) cg. 25. Da prenderne uno o due in una tazza di infuso di fiori di malva.

fil.

L'aglio in terapia.

S. Bonnamour (*Journal de médecine de Lyon*, 5 giugno 1924) fa notare che l'aglio sta prendendo un posto interessante nella terapia, specialmente per gli studi di Loeper e della sua scuola, che lo hanno trovato giovevole come antisettico polmonare. Gli AA. francesi si sarebbero risparmiata la pena di fare questa scoperta se avessero letto i lavori di Zoia che, da oltre venti anni ha studiato sistematicamente l'azione favorevole dell'aglio sulle forme polmonari e specialmente sulla tubercolosi. Ma, naturalmente, mentre si riportano le formole di Ippocrate e di Dioscoride, l'autore italiano non viene nemmeno citato.

Loeper e collaboratori hanno poi precisata l'azione ipotensiva dell'aglio. Le modificazioni della tensione arteriosa si verificano nella prima ora che segue l'ingestione dell'aglio. Le variazioni si fanno sulla tensione massima e su quella minima; la prima si abbassa di 0,5-4 cm. di mercurio, la seconda subisce un minore abbassamento. Nelle tensioni vicine alla normale l'abbassamento è scarso o nullo. Il polso diventa più ampio, più sostenuto e subisce un certo rallentamento (4-6 battiti al minuto), con notevole regolarizzazione del ritmo.

Questa ipotensione si mantiene per 24 ore, pure diminuendo di intensità. Quando l'ipotensione è debole o nulla, si ha l'aumento dell'indice oscillometrico, da 2 a 6, da 6 a 10; probabilmente questo fatto è dovuto ad un'azione tonicardiaca.

Questa azione vasomotrice dell'aglio è però soggetta a numerose variazioni. Essa è anzitutto influenzata dallo stato dei polmoni (gli abbassamenti sono più considerevoli e più prolungati negli individui con affezioni delle vie respiratorie) e del fegato; nelle affezioni epatiche, l'azione ipotensiva dell'aglio è favorita, rinforzata e prolungata.

Anche le dosi usate hanno grande importanza. Le dosi forti (4 gocce dell'alcoolatura) possono provocare l'ipertensione; analogamente agiscono le dosi deboli (XX gocce dell'alcoolatura) quando siano ripetute per parecchi giorni. L'azione ipotensiva deve dunque essere considerata come passeggiera ed incostante.

La migliore preparazione galenica è l'alcoolatura al decimo; fatta con la pianta fresca; L gocce rappresentano un grammo. Come medicazione polmonare, se ne danno XXX-L gocce al giorno per 8-10 giorni. Come medicazione ipotensiva, se ne danno XX-XXX gocce al giorno per tre giorni, sospendendo qualche giorno per poi ricominciare. Si prenderanno prima o durante i pasti, in acqua o vino o meglio in latte zuccherato che ne maschera il sapore. Si potrà anche ricorrere all'aglio in natura.

fil.

Gli asparagi nell' alimentazione.

Non è raro che il medico si senta chiedere dal malato se gli possono essere permessi gli asparagi, che alcuni vorrebbero bandire dalla dieta di molti malati. La composizione degli asparagi cotti, data da F. Bottazzi (Alimentazione dell'uomo))è la seguente: Acqua 91,6; parte inutilizzabile 1,0; proteine 1.3; grassi 3.0 (sic); idrati di carbonio 2,1; ceneri 0,5. Valore calorico 429. Essi contengono dell'asparagina, della coniferina e della mannite.

Gli asparagi hanno azione diuretica senza che si possa precisare il meccanismo di tale

azione. È per questo che alcuni li accusano di irritare l'epitelio renale e trovano in ciò una controindicazione in certe affezioni delle vie genito-urinarie.

J. Konings (*Le Scalpel*, 1924 n. 26) ritiene invece che essi possono venire dati specialmente ai pletorici, ai cardiaci, agli artritici, agli ipertesi, agli obesi, in vista dell'azione diuretica che produce una vera scarica dell'emuntorio renale, spazzandone via i detriti urici. Alcuni attribuiscono appunto a questi l'odore penetrante dell'urina di chi ha mangiato gli asparagi, odore che altri attribuiscono invece all'asparagina. Questi erbaggi sarebbero dannosi però a coloro che avessero nel rene dei grossi calcoli di acido urico, potendo in tal caso determinare una colica nefritica. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Protesi dell'arto inferiore. — Al dott. M. R.:

Per mutilati in esito di disarticolazione tarso-metatarsica, semprechè la Lisfranc sia stata eseguita in maniera classica, epperciò la superficie termino inferiore del moncone osseo sia bene imbottita e indolente, sarà sufficiente una calzatura comune, a gambaletto in pelle, allacciato, purchè munita di *suoletta da piede piatto*, e purchè risulti ben congruente sul collo del piede, così da impedire che il moncone scivoli in avanti. La parte anteriore della calzatura — non occupata dal moncone — può essere colmata con qualsiasi materiale di imbottitura (stoppa; lana; spugna di gomma, ecc.).

Se poi la superficie termino inferiore del moncone è dolente, prima di applicare la calzatura sarà necessario di sottoporre il moncone ad un adeguato trattamento per allenarlo al carico (terapia fisica, ginnastica medica); salvo far costruire una suoletta di sostegno, modellata con caratteristiche individuali, qualora persistessero punti intolleranti alla pressione. Prof. R. D. V.

Trattati di dermosifilografia. — Al dott. G. F., da V. di E.:

Un ottimo trattato recentissimo sulla sifilide e le malattie veneree è quello del professore G. Verrotti pubblicato in due volumi dalla casa editrice Idelson di Napoli.

V. MONTESANO.

Trattati di roentgenterapia. — Al dott. B. M. abb., n. 5711-2:

Quello che riguarda la terapia röntgenologica in italiano è ancora in costruzione: antica è la traduzione del Kienböck della S. E. Milanese. Esistono invece articoli e riviste numerose: basta consultare le annate della Radiologia Medica.

Per conoscere i fondamenti tecnici della röntgenterapia possono giovarle « Gli appunti per il 1° Corso di Perfezionamento in Radiologia di Milano ». Bocca, ed., che rappresentano uno dei pochi tentativi sintetici della complessa materia.

Per la parte radiumlogica ottimo è il libro recente del Cappelli: Radiumterapia, Pozzi, ed., Roma, che rappresenta l'unico libro su questo argomento in italiano.

Numerosi sono invece i libri francesi e specie tedeschi. In francese: Weil, Elementi di radiologia; Guileminot, Elettrologia e radiologia (Masson); Solomon, La radioterapia profonda (id); Massiot, L'istrumentario in radiologia (Maloine); Beclère e Cottenot: Radiologia e radiumterapia (id.).

MILANI EUGENIO.

Periodici di oculistica. — Al dott. Nicola De Petris, Asmara:

Bollettino di Oculistica: Prof. Bardelli, Firenze, via Cavour 86. L. 30.

Archivio di oftalmologia: Prof. Angelucci, Napoli, S. Andrea delle Dame, 21, Napoli. L. 40. G. PUCCIONI.

Al Dott. Matteo, Napoli, Partanna:

Suggeriamo « L'Encéphalite lêtargique » di L. von Bockel, A. Bessmans e C. Nélis, Bruxelles, 1923, Imprimerie Ch. Nosset e C.ie (170, rue Royale S.te Marie). V.

All'abb. n. 267-1:

Scriva alla redazione di « The Medical Journal of Australia », B. M. A. Building, 30-34, Elizabeth Street, Sidney; oppure si rivolga al Consolato italiano in Melbourne. Indicazioni meno precise sono quelle che potremmo fornirle noi, anche perchè le disposizioni sono soggette a variare. R. B.

Al dott. G. M. da S. M.:

Abbiamo risposto altre volte a domande uguali o consimili. P.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

QUESTIONI PRATICHE.

LXXVI. — Notificazione o comunicazione dei ricorsi gerarchic..

« Quand'anche la legge o gli speciali regolamenti non prescrivano la formale notifica dei ricorsi gerarchici a cura delle parti ricorrenti, non può mettersi in dubbio che *l'autorità amministrativa*, chiamata a pronunziarsi su tali ricorsi, *abbia il dovere di portare a conoscenza delle parti contro interessate, i ricorsi medesimi*, affinchè le medesime siano poste in grado di produrre le loro controdeduzioni ».

Pertanto è viziata da nullità la decisione in sede gerarchica se il ricorso non sia stato, almeno d'ufficio, comunicato alle persone interessate a resistervi.

Questa decisione non molto recente della IV sezione del Consiglio di Stato su ricorso Bruzzo contro Ministero dell'Interno (14 dicembre 1923), deve esser tenuta presente dai privati e specialmente dall'autorità amministrativa. Per alcune materie speciali è prescritto l'obbligo della comunicazione del ricorso alle parti interessate a resistervi; in altri casi, no: per es., la legge e il regolamento per l'amministrazione comunale e provinciale, per la sanità pubblica, per l'esercizio delle farmacie non stabiliscono l'obbligo della notificazione. Sicchè il ricorso gerarchico previsto da queste leggi è ammessibile se sottoscritto dal ricorrente e prodotto al Ministero competente nel termine legale, che è stato ridotto a quindici giorni. Ma la IV Sezione, per evitare che il controllo gerarchico sia esercitato senza che le persone interessate a resistere al ricorso siano messe in grado di esporre le loro ragioni, considera obbligata l'autorità amministrativa a comunicare ad esse il ricorso, per eventuali deduzioni, e dichiara nulle le decisioni emesse in sede gerarchica se questo obbligo non sia stato osservato. Conseguenza dell'annullamento non è la dichiarazione di irricevibilità del ricorso — perchè questo fu ritualmente proposto e deve avere il suo svolgimento regolare — ma è la *rinnovazione* del giudizio in sede gerarchica previa comunicazione del ricorso alle parti interessate, con l'effetto di ritardo della risoluzione definitiva e di maggiori spese.

Così grave inconveniente può essere evitato dalla diligenza dell'autorità amministrativa; ma è opportuno che, pur non essendone fatto obbligo dalla legge, anche il ricorso gerarchico sia *notificato* dal ricorrente alle parti interessate a resistervi, quando se ne abbia il tempo.

Ridotto il termine a quindici giorni, manca talvolta la possibilità materiale di provvedere tempestivamente, essendo ovvio che l'interessato si decida al ricorso cognita causa; ma quando alla notificazione non si possa procedere, conviene accennare nel ricorso stesso alla comunicazione che deve esser fatta dall'autorità amministrativa. È un richiamo utile, tanto più che non è prescritto termine per siffatta comunicazone, essendo stabilito soltanto il termine per la produzione del ricorso al Ministero — o al Prefetto se il ricorso debba essere diretto a questo organo.

Ma è proprio necessario conservare un rimedio che spesso è praticamente inutile e, sempre, è causa di ritardo? L'esperienza è negativa; però la forza della tradizione è più forte.

. Poichè anche la via gerarchica si deve percorrere, si cerchi di evitarne i pericoli.

LXXVII. — Servizi valutabili agli effetti del termine minimo per la pensione.

L'impiegato di un ente locale iscritto alla Cassa di Previdenza (testo unico 17 giugno 1915, n. 868), per acquisire il diritto a pensione ha d'uopo, fra le altre condizioni, di aver contribuito alla Cassa per almeno un decennio. Ad integrare questo periodo di tempo minimo non vale il riscatto dei servizi anteriore alla iscrizione alla Cassa, ostando a ciò il disposto dell'art. I (ultima parte) del r. d. 7 luglio 1919, n. 1426. E neppure potrebbe valere il tempo di servizio anteriore alla iscrizione, prestato presso l'ente locale, quando questo ente non avesse un vero e proprio regolamento di pensione per i propri impiegati (Corte dei Conti, Sezioni Unte, decisione 4 gennaio 1924, r. Adalardi).

N. B. — *Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del «Policlinico», via Sistina, 14 - Roma (6).*

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

(*) **La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.**

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Medici e radiologi.

In alcuni centri è diffusa l'abitudine di consegnare alla famiglia del malato le radiografie eseguite per invito del medico curante o di un consulente; talvolta queste radiografie non sono accompagnate da alcun commento, altre volte dei segni eseguiti sulle copie ricavate dai radiogrammi servono a richiamare l'attenzione sopra le eventuali alterazioni. Le persone di famiglia o i malati stessi sono contenti di avere in mano un documento dell'esame eseguito, ma non di rado lasciano trasparire il loro disappunto nel trovarsi dinanzi un'immagine di difficile interpretazione. In generale anche i medici che inviano il malato sentono il bisogno di richiedere copia o l'originale della radiografia eseguita, e pochi sono quelli che si contentano invece del responso scritto del radiologo anche senza alcun documento che l'accompagni.

Certo ottima abitudine, specialmente nel campo scientifico, è quella di documentare le proprie affermazioni, tanto più quando le conclusioni che da esse vanno tratte debbono essere utilizzate da altri e possono avere un gran peso per la salute del paziente. E difatti utilissima documentazione è quella che viene fatta in alcuni grandi istituti mediante numerose radiografie in serie, ciò specialmente nel campo dell'apparato gastro-intestinale, per modo che chi legge il resoconto dell'esame può avere sott'occhio passo passo le immagini che si presentavano al radiologo durante la sua osservazione.

Ma per diverse ragioni non sempre è possibile far questo: per ragioni economiche, per ragioni di tempo e poi sopratutto perchè in alcuni casi ciò rappresenterebbe un lusso non necessario ai fini dell'esame. Ci sono dei casi infatti in cui anche la radiografia è inutile e basta l'esame radioscopico: in ciò convengono con me molti distinti radiologi. Di fronte ad un caso di ulcera gastrica con la classica estroflessione o di carcinoma gastrico con tipica immagine lacunare o di cisti da echinococco del polmone la radiografia potrà avere sempre grande valore a scopo scientifico, ma il solo esame radioscopico sarà sufficiente per permettere la diagnosi. Nè si capisce perchè il radiologo, che sa bene osservare, sia sempre obbligato ad obbiettivare e documentare i reperti da lui sicuramente rilevati: una sicura affermazione radiologica dovrebbe avere presso i colleghi medici, e a maggior ragione presso i profani, altrettanto valore probativo di quanto ha, per esempio, l'affermazione dell'oculista, il quale faccia diagnosi di papilla da stasi senza punto documentare la sua asserzione.

Il radiologo durante il suo esame sente spesso il bisogno di studiare con maggiore precisione e di concentrare la sua attenzione su qualche punto particolare dell'organo in osservazione ed ecco la maggiore necessità della radiografia: i radiogrammi così eseguiti devono servirgli per integrare l'esame radioscopico e per ottenere quei maggiori dettagli nell'immagine, che non sono possibili colla sola osservazione sullo schermo. Ma spesso questi radiogrammi per sè stessi non hanno un significato ben definito, sono parti di un tutto ed è male che ad essi tanto alcuni medici che i clienti diano un'importanza maggiore che non al reperto scritto rilasciato dal radiologo. Bisogna che tutti riconoscano ai radiologi la maggiore competenza nella lettura e interpretazione dei radiogrammi, senza di che la radiologia non sarebbe assurta al grado di specialità. Forse da qui a qualche tempo ciascun medico nel suo proprio campo potrà servirsi direttamente dei raggi X per rendere più facile o completare le proprie diagnosi, e forse sarà un bene che in ogni ramo della medicina ogni medico si giovi da sè stesso di questo prezioso metodo di indagine, ma, fin tanto che le cose non sieno tanto radicalmente cambiate, i radiologi devono rivendicare a sè il diritto di dare il giudizio sopra le questioni radiologiche e devono ribellarsi con tutta l'energia alla minaccia che tende a far di loro dei semplici esecutori di radiografie, cioè dei tecnici che necessariamente saranno considerati ad un livello morale e intellettuale più basso degli altri medici. Il radiologo che esegue un'indagine per richiesta del medico o direttamente dal malato deve essere lui ad interpretare le osservazioni fatte e le immagini ottenute, cercando anche di metterle in rapporto con i sintomi presentati dal paziente; egli, più che consegnare al paziente dei bei radiogrammi, deve tenere a formulare una diagnosi radiologica, ed è da ritenersi impari al suo compito quel radiologo che oltre alla prova radiografica non sa dare il suo giudizio clinico sul caso che gli viene presentato. Ma pur troppo ancora oggi molti medici non sanno giudicare i radiologi che attraverso alla nitidezza delle

radiografie eseguite, non sapendo che un esame radioscopico ben condotto è compito molto più difficile che non l'esecuzione di un radiogramma.

Di recente il Maragliano ha opportunamente toccato la questione dei rapporti tra medico e radiologo, e nelle sue conclusioni io sono d'accordo con lui; però io ammetto che si debba mantenere una distinzione tra diagnosi clinica e diagnosi radiologica. Quando per esempio il medico manda il suo paziente dal radiologo, limitando il campo dell'indagine radiologica e richiamando l'attenzione su di un particolare problema, la risposta del radiologo sarà per lo più una diagnosi radiologica cioè una diagnosi parziale in rapporto a quel determinato quesito, ad esempio presenza o meno di un pneumotorace completo, grado di spostamento del mediastino, configurazione della aorta etc. Ciascuna di queste risposte costituirà un elemento per completare la diagnosi clinica. Ma di più esistono delle vere sindromi radiologiche, specie nel campo addominale, che per sè sole non permettono di assurgere ad una diagnosi precisa, per esempio la sindrome duodenale, la ritenzione gastrica; anche qui il reperto radiologico non sarà che uno degli elementi coi quali il clinico potrà formulare la diagnosi. Non è per esempio che una diagnosi radiologica quella di sacralizzazione della V lombare nel caso che tale anomalia non sia accompagnata da alcuna fenomenologia subiettiva o obiettiva di altro genere; è pure una diagnosi radiologica quella di allargamento della sella turcica, perchè non implica per necessità una unica e definita diagnosi clinica. Credo dunque che almeno in questi casi e in altri simili si debba parlare semplicemente di diagnosi radiologica. È del resto anche deontologicamente corretto che il radiologo si limiti ad una diagnosi radiologica nei riguardi dei malati a lui inviati da altri medici. Talvolta, è vero, la diagnosi radiologica coinciderà colla diagnosi clinica (p. es.: aneurisma dell'aorta, tubercolosi polmonare), ma in molti altri casi la nostra opera sarà solo richiesta per illustrare un dettaglio di struttura o di configurazione di una data parte o di un dato organo, e ciò non potrà costituire una diagnosi clinica.

In alcuni casi il malato viene al radiologo senza alcuno speciale indirizzo di ricerca o magari senza il consiglio di un altro medico. In tale occasione il compito del radiologo è più complesso, ed egli non può rifiutarsi di praticare l'esame; egli deve cercare da sé quei dati clinici, anamnestici e semeiologici, che potranno guidarlo nella ricerca radiologica. In questi casi naturalmente riuscirà meglio quel radiologo che ha una migliore preparazione clinica. Ed a questo proposito devo far notare come mi sembri poco logica e antiscientifica la separata descrizione che fanno taluni radiologi di un *reperto radioscopico* e di un *reperto radiografico*: l'uno e l'altro mezzo di indagine non possono che portare a risultati e a conclusioni identiche, la radiografia non essendo che un'obiettivazione dell'immagine radioscopica.

In quanto alle prove riadiografiche io credo dopo tutto che non convenga consegnarle al malato, a meno che non si tratti di casi speciali, come per esempio in caso di reperti evidenti e di facile interpretazione in affezioni traumatiche del sistema scheletrico (che non implicano per lo più speciali preoccupazioni al paziente). Anche nel caso che il paziente debba o voglia ripetere l'esame eventualmente in altro istituto o in altra sede sarà bene di lasciare dei documenti per servire ad un possibile confronto. Ma in generale io credo che sia meglio astenersi dal consegnare le radiografie anche per altre ragioni: difatti talvolta una diagnosi di un tumore maligno può resultare evidente alla semplice ispezione di un radiogramma, e si capisce bene che cosa possa rappresentare un tale documento in mano del malato, specialmente se questi con uno dei sotterfugi, a cui spesso ricorrono certi soggetti fortemente preoccupati del loro stato di salute, porta tale immagine ad esaminare ad un medico estraneo, nascondendogliene la provenienza. Di simili gravi inconvenienti possono essere causa anche le radiografie toraciche in possesso dei pazienti: esistono, è vero, dei tubercolotici chiaramente edotti del loro stato e che hanno raggiunto quel grado di indifferenza da far loro considerare con rassegnazione la loro malattia, ma in moltissimi altri casi una parola imprudente pronunziata davanti al malato può rappresentare per lui un grave colpo morale. In tali casi, e specialmente in quelli in cui la diagnosi di tubercolosi è soltanto un sospetto, la radiografia in mano del paziente può essere di grave danno, perchè in generale queste radiografie sono portate in giro e sottoposte al giudizio di vari medici, per lo più incompetenti nella lettura di immagini radiologiche, i quali inconsapevoli delle conseguenze della loro affermazione possono interpretare in modo troppo risoluto ed intempestivo certe ombre ilari, certi addensamenti basilari che viceversa non permettono in nessun modo una diagnosi sicura di tubercolosi.

Il linguaggio dei radiogrammi non è com-

prensibile a tutti; d'altronde è così anche in altre branche speciali della medicina: quanti medici sarebbero in grado di interpretare un elettrocardiogramma, quanti di rendersi conto di tutte le fasi che caratterizzano una reazione sierologica?

Non è neanche utile una radiografia negativa in mano di un malato che avesse la fobia del carcinoma o della tubercolosi, perchè questo malato, se dubita delle parole rassicuranti del medico, potrà anche dubitare che la radiografia presentata non sia un trucco o una pietosa sostituzione, e continuerà sempre a dubitare. E questo caso non è una semplice supposizione, perchè mi è capitato nella mia pratica.

I radiogrammi devono essere conservati e catalogati dal radiologo, pronto ad esibirli a richiesta del medico, dell'operatore o di un collega radiologo: le copie delle radiografie saranno per lo più inutili al medico ai fini della diagnosi, perchè questi dovrà fidarsi del reperto del radiologo, di cui abbia stima; saranno poi spesso di danno in mano dei malati.

Firenze, Settembre 1924.

L. SICILIANO.

Cronaca del movimento professionale.

Contro una disposizione del bando di Concorso a medico delle tranvie di Roma.

Nel settembre u. s. l'Azienda delle Tranvie Municipali di Roma ha indetto un concorso, per titoli, per l'assunzione di un medico fiduciario dell'Azienda stessa.

Nel bando stesso si legge quanto segue:

« Una Commissione speciale con giudizio insin-« dacabile formerà una graduatoria sulla base dei « titoli e meriti scientifici e specifici dei singoli « concorrenti.

« La nomina sarà fatta dalla Commissione Am-« ministratrice dell'Azienda la quale però si ri-« serva la facoltà, parimenti insindacabile, anche « di non nominare alcuno dei concorrenti, senza « obbligo di specificarne la ragione ».

Incredibile, ma vero.

Non sono mancate le giuste proteste degli aspiranti al concorso, di alcuni rappresentanti di Associazioni mediche e di qualche giornale cittadino.

Il Consiglio dell'Ordine di Roma, che parecchi mesi fa con il suo intervento aveva reso vano un tentativo della stessa Azienda tranviaria « di puro e semplice licenziamento di medici ivi addetti da oltre un ventennio », ha ora ripreso energicamente le trattative che purtroppo non volgono a felice conclusione, onde la necessità che sia « compatta » l'astensione dei medici dal concorso che lodevolmente solo in esiguo numero vi hanno finora partecipato.

Il riconoscimento per mezzo della Tessera dell'Ordine.

In seguito a richiesta dell'Ordine dei medici della provincia di Torino al Ministero delle Comunicazioni, la Direzione generale dei servizi postali del Ministero stesso ha stabilito che con prossima disposizione da pubblicarsi nel Bollettino Ufficiale, le tessere rilasciate dall'Ordine saranno ammesse nelle operazioni postali a comprovare l'identità personale dei rispettivi titolari.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Ospedale Civile Umberto I.* — Aiuto Chirurgo, L. 3500 (*sic*), c.-v., vitto e alloggio. Titoli. Scad. ore 18 del 30 ottobre. Rivolgersi alla Direzione Sanitaria.

BERTINORO (*Forlì*). — A tutto il 31 ott., 3ª cond. per 3 fraz.; stip. L. 8000 e 10 bienni ventes.; cav. L. 2500; ambul. L. 500; primo c.-v. e 40% del secondo. Ab. 2400 circa, in pianura. Età lim. 35 (*sic.*). Vaglia post. L. 50,10 al tesoriere comun.

BORGONARO (*Imperia*). — A tutto il 31 otto.; consor.; stip. L. 7500 oltre L. 2500 cav., L. 500 uff. san., L. 1000 serv. ostetrico. Ab. 2277.

CASTELLAMMARE ADRIATICO (*Teramo*). — I zona (spiaggia); ab. 11.630; pov. circa 900; età lim. 40. L. 6000 per 500 pov. L. 500 ogni 100 pov. in più; 5 quadrienni decimo; L. 2400 p. cav. Serv. entro 15 gg. Per altre condizioni chiedere annunzio.

CASTELVERDE (*Cremona*) — Scadenza 30 ott.; con Tredossi; L. 7800 e aumento del 50% in 20 anni; addizionale L. 2000 fino a 1000 pov. e L. 2 ogni pov. in più; L. 1500 cavallo e vettura; L. 500 uff. san.; c.-v. dell'Unione Comuni fascisti.

CASTIGLIONE DELLA PESCAIA (*Grosseto*). — Per Vetulonia; L. 9000. Proroga al 30 ottobre.

FABRICA DI ROMA (*Roma*). — L. 9000 per 2000 pov., L. 300 per uff. san., c.-v., 5 quadrienni dec. Età lim. 40. L. 50.10 all'Esattore. Serv. entro gg. 10 (*sic*). Scad. 31 ottobre.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Dirigente dell'Ambulatorio Comunale curativo antitubercolare, vice dirigente e assistente id., medico assistente interno. Scad. ore 16 del 31 ott. — Medico Ispettore; scad. ore 16 del 15 nov. — Vedi fascic. 41.

MOIO ALCANTARA (*Messina*). — A tutto 25 ott. L. 6000 pei poveri.

PADOVA. *Spedale Civile.* — Assistente effettivo di chirurgia; vedi fasc. 41. Scad. ore 18 del 31 ott.

RAVENNA. — Medico primario del Comune e direttore sanitario del Civico Ospedale; L. 12,000 e 5 quadrienni decimo; c.-v. Età limite a. 40. Libera docenza in clinica o patologia spec. med. e tre anni di direz. di un ospedale importante o di aiutato in clinica medica.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Conc. per esami a 30 posti di assistente medico-chirurgo. Scad. ore 15 del 30 nov. Età limite 30. Tassa di L. 50, non reperibile, al Tesoriere. Stip. L. 4500. Per le altre condizioni chiedere annunzio alla Segreteria Generale.

S. MICHELE DEL QUARTO (*Venezia*). — Condotta, a tutto il 15 nov., ore 17. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria.

L'Amministrazione comunale di Cannara (Perugia) ha soprasseduto al concorso al posto di med. cond., in seguito a nota sottoprefettizia 28 sett., perchè è imminente la pubblicazione dell'assegnazione degli stipendi minimi dei sanitari condotti e della classificazione in categorie dei comuni della Provincia giusta quanto dispone l'art. 34 del R Decreto 30 dic. 1923, n. 2889.

Assumerebbesi interinato fino a sei mesi, preferibilmente vicino a Roma. Scrivere: dott. Giuseppe Pergher - Roma, via Cavour, 101.

CONCORSI A PREMIO.

MILANO *R. Università*. — Sono messi a concorso cinque posti di perfezionamento della *Fondazione Luigi Mangiagalli* a favore di giovani medici laureati da non più di tre anni.

I vincitori del concorso avranno funzioni di Medici praticanti, dovranno prestare l'opera loro per un anno scolastico in uno dei seguenti Istituti: *Clinica ostetrico-ginecologica, Clinica delle malattie professionali, Clinica pediatrica, Clinica dermosifilopatica, Istituto Sieroterapico* (Corso di batteriologia e immunologia), e godranno ciascuno di un premio di incoraggiamento di L. 1500 che potrà essere corrisposto anche in rate mensili.

È messo a concorso un posto di perfezionamento della *Fondazione Pier Diego Siccardi* a favore di un giovane Medico laureato dopo il 1° luglio 1923.

Il vincitore del concorso, che avrà funzioni di Medico praticante, dovrà prestare l'opera sua nella *Clinica delle malattie professionali*, per la durata di un anno scolastico.

Egli godrà di un premio di L. 1800 che potrà essere corrisposto anche in rate mnsili. Alla fine dell'anno il vincitore del concorso potrà ottenere anche il premio speciale di profitto consistente in una medaglia d'oro.

Le domande dei concorrenti, scritte su carta bollata da due lire, dovranno pervenire alla Segreteria della Università (via Borgo Nuovo, 25) non oltre il 30 novembre, accompagnate dal certificato di conseguita laurea coi punti di merito riportati nella carriera scolastica e da altri eventuali titoli e documenti.

Nella domanda deve essere indicato l'Istituto o gli Istituti, per i quali il candidato intende concorrere.

I concorsi verranno giudicati entro il 15 di dicembre.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

In seguito alle dimissioni del prof. Cagnetto — chiamato all'Università di Padova — da dirigente il Gabinetto anatomico-patologico dell'Ospedale Civile di Venezia, è stato chiamato a tale carica, in esito a concorso, dal Consiglio amministrativo della Congregazione di Carità, il prof. Enrico Franco, da qualche anno professore di anatomia patologica e di patologia generale nell'Università di Lisbona.

NOTIZIE DIVERSE.

La celebrazione dei medici caduti in guerra.

Il rito grandioso e mistico con cui sarà celebrata la quadruplice centuria dei Medici caduti in guerra è stato fissato per il 1° novembre 1924.

L'intervento di S. M. il Re e i discorsi del Ministro della Guerra e di Carlo Del Croix, il motivo orchestrale diretto da Vessella, la cerimonia del trasporto dell'alloro dal Palatino a Firenze sull'autocarro decorato dall'arch. Lombardi, della Scuola del Brasini, l'intervento di altre autorità, figure rappresentative della vita italiana, ecc. daranno alla Cerimonia un carattere di grandiosità senza pari.

Dato il carattere Nazionale della Celebrazione il Consiglio dei Ministri in via del tutto eccezionale ha concesso i ribassi ferroviari del 75 % ai Medici tutti ed alle famiglie dei Medici caduti, e del 50 % alle Signore dei Medici viventi, ed alle Infermiere Volontarie della C. R. I.

Per avere tessere, schede, biglietti d'invito alla Cerimonia, pubblicazioni, programmi, tutto gratuitamente, rivolgersi al Segretario Generale della *Celebrazione del Medico Caduto in Guerra* dottor Federico Bocchetti - Scuola di Sanità Militare, Firenze.

Congressi medici riuniti di Milano.

Ricordiamo che questi Congressi, i quali per la loro stessa molteplicità e per l'interesse dei temi in discussione richiameranno un enorme numero di medici, sono indetti a Milano dal 22 al 31 ottobre (Congresso di Pediatria: 22-25 ottobre; di Ortopedia: 24-25; di Chirurgia: 26-28; di Medicina interna: 28-31; di Urologia: 29).

Nei fascicoli 32 e 34 abbiamo già dato le indicazioni relative ai temi, agli uffici di presidenza e di segreteria, alle modalità e alle condizioni delle iscrizioni.

***

Riportiamo qui i temi ufficiali dei due Congressi più importanti

Chirurgia: 1. La simpaticectomia, relatore G. UFFREDUZZI; 2. Le indicazioni della operabilità nelle varie forme di splenomegalia (in comune al Congresso di Medicina interna), relatori F. MICHELI e CAPPELLI.

Medicina interna: 1. Sindromi surrenali, relatori N. PENDE e C. PIAZZA; 2. Progressi nella diagnosi della nefrite, relatore L. FERRARINI; 3. in comune con il Congresso di Chirurgia.

II Congresso dell'Associazione Nazionale Italiana Dottoresse in Medicina e Chirurgia.

La Presidenza dell'Associazione è venuta nella determinazione di indire il secondo Congresso a Milano, anzichè a Roma, per dare modo alle Socie e Colleghe tutte di approfittare dei Congressi Medici riuniti, di Pediatria, Chirurgia, Urologia e Medicina Interna. D'accordo colla Commissione centrale di detti Congressi, ha fissato la data del-

l'adunanza per il 26-27 ottobre. Relazioni: I. - *Indirizzo professionale delle medichesse in Italia*: a) *Attività passata (ciò che è stato fatto nel campo scientifico, professoinale, sociale)*: Dott. Myra Carcupino Ferrari; b) *Attività futura (Campi di azione - Posizione nelle pubbliche amministrazioni e nella medicina)*: Dott. Ester Bonomi; II - *La profilassi antitubercolare e le infermiere visitatrici*: Dott. Clelia Lollini; III. - *Protezione della donna e del fanciullo nel lavoro*: Prof. Angiola Borrino - Dott. Livia Lollini; IV. - *Comunicazioni varie.*

Faranno parte dei lavori del Congresso anche le elezioni per la nomina del nuovo Consiglio, e l'assegnazione delle cariche, e l'aggiudicazione della borsa di studio Wassermann per la quale fu indetto concorso, scaduto il 31 agosto u. s.

Le adesioni devono essere mandate al più presto alla Segreteria Generale - Via S. Barnaba, 8 - Milano, la quale s'interesserà anche degli alloggi, per avere la tessera con ribasso ferroviario che sarà intestata ai Congressi riuniti. Quota d'iscrizione L. 20. Naturalmente sono valide le iscrizioni e le quote che furono inviate a Roma nel maggio scorso, e le aderenti di allora riceveranno la tessera dietro semplice loro richiesta. Con l'invio della tessera sarà comunicato il luogo di raduno.

Scuola di Perfezionamento in Clinica Pediatrica.

Il corso di perfezionamento biennale, di cui demmo notizia nel N. 40, si inizierà nel mese di dicembre prossimo.

Per informazioni e chiarimenti rivolgersi alla Direzione della Scuola presso la Clinica Pediatrica, Ospedale Anna Meyer, Via Mannelli, 115, Firenze (23).

Corso per Medici condotti.

Nel prossimo mese di novembre si terrà a Venezia presso l'Ospedale Civile un corso speciale pei medici condotti

Oltre alle lezioni di cliniche generali e di specialità, di esercitazioni di laboratorio, vi saranno delle conferenze su argomenti di attualità da parte di eminenti studiosi.

La tassa di iscrizione sarà di L. 30. Programmi dettagliati, orari ed informazioni si potranno avere dalla Direzione Sanitaria dell'Ospedale.

Esami di Stato.

Daremo nel prossimo numero un sunto del regolamento sugli esami di Stato per l'abilitazione all'esercizio delle professioni sanitarie.

Probabilmente i laureati nel decorso anno scolastico verranno esonerati da questo esame.

Per il Consorzio Universitario di Palermo.

Il 17 settembre nella Prefettura di Palermo ebbe luogo un convegno di rappresentanti dei principali Enti pubblici della Sicilia occidentale, centrale e meridionale e di alcune aziende industriali e commerciali della città di Palermo onde gettare le basi di un Consorzio universitario. Il Comune di Palermo aveva già stanziato il contributo di L. 150,000 annue; il Comune e la Provincia di Trapani si sono impegnati a partecipare per non meno di L. 50,000; quelli di Girgenti per L. 30,000 incirca; la Società Generale Elettrica della Sicilia per non meno di L. 10,000; si annunzia imminente un contributo della Provincia di Palermo per L. 150,000.

Per gli assistenti universitari.

Il Senato accademico di Bologna ha stabilito che, per licenziare gli assistenti, occorrano 6 mesi di preavviso ed una deliberazione di merito della Facoltà, presso la quale il licenziando ha il diritto di scagionarsi degli addebiti mossigli.

Lo stesso Senato accademico ha anche deliberato che le Facoltà ogni cinque anni rivedano il rendimento di ogni aiuto e di ogni assistente.

Onoranze al prof. Carle.

Ad onorare il prof. sen. Antonio Carle, in occasione del 30° anno di insegnamento di chirurgia nell'Università di Torino, i suoi allievi chiamano a raccolta gli ammiratori ed i beneficati per rendere più solenni le manifestazioni di affetto, di stima e di riconoscenza al Maestro.

Per questo scopo è sorto un Comitato d'onore, presieduto dal Duca d'Aosta e di cui fanno parte il senatore Casati, ministro della Pubblica Istruzione, l'on. Giolitti, l'on. Boselli, l'on. Teofilo Rossi, il sen. Brondi, rettore dell'Università di Torino, rappresentanti degli Istituti superiori e degli ospedali cittadini, autorità di Torino, Cuneo, Chiusa Pesio. Il Comitato esecutivo è presieduto dal prof. Mario Donati ed è costituito da professori di Università e da primari d'Ospedali, che furono diretti allievi del prof. Carle.

Fra le onoranze deliberate, la più importante è la istituzione di una borsa di medicina e chirurgia che sarà intitolata al nome di Antonio Carle e verrà conferita ogni anno al migliore laureato in medicina della Università di Torino, per studi di perfezionamento all'estero.

La somma necessaria per istituire tale borsa viene raccolta per pubblica sottoscrizione ed il Comitato rivolge invito a parteciparvi a quanti intendono in tal modo onorare il grande chirurgo, che da decenni profonde i tesori della sua scienza e della sua impareggiabile arte a sollievo della umana sofferenza.

Le sottoscrizioni devono inviarsi alla rivista «Minerva Medica», casella postale 392, oppure al prof. G. M. Fasiani, Clinica Chirurgica, via Ospedale, 36, Torino.

Una medaglia d'oro al prof. Stanziale.

Con recente decreto il prof. Rodolfo Stanziale, direttore della R. Clinica dermosifilopatica di Napoli, è stato insignito della medaglia d'oro per la costante ed efficace opera scientifica e sociale nel campo della profilassi e della cura delle malattie infettive.

Il prof. Stanziale fu già premiato dal Ministro

dell'Interno per l'opera di assistenza svolta da studente nell'epidemia colerica del 1884 in Napoli; nella sua carriera si è poi occupato dei problemi sociali di profilassi celtica; ha fondato in Napoli l'Istituto foto-radio-terapico, raccogliendo mezzo milione, per la cura gratuita dei malati poveri.

Gli esprimiamo i nostri rallegramenti.

Contro la malaria.

Il sen. Grassi ha presentato alla Presidenza del Senato la seguente interrogazione:

« Il sottoscritto, riferendosi all'asserita scoperta di un nuovo rimedio molto più radicale del chinino per la cura della malaria: richiamando le fiere accuse di volontaria e interessata noncuranza di questa asserita scoperta che giornalmente, anche sulla stampa quotidiana, vengono lanciate contro la Direzione generale di Sanità, l'azienda del chinino di Stato ed i malariologi più autorevoli e mettendo in rilievo che questa campagna purtroppo viene a fomentare sempre più i vecchi pregiudizi del volgo contro l'uso del chinino;

chiede al Ministro dell'Interno se non ritenga opportuno incaricare una Commissione di presentare al pubblico la documentazione scientifica del valore reale della nuova cura ed anche eventualmente di procedere ad accertamenti per proprio conto ».

Francesco Ghilarducci.

1857-1924

Con la morte di FRANCESCO GHILARDUCCI la Radiologia Italiana perde, non solo uno dei suoi migliori, ma colui a cui sono state legate strettamente le sorti dell'insegnamento e la crescente importanza della radiologia in Italia.

Nato nel '57, a Viareggio, la sua adolescenza fu solitaria e dolorosa per contingenze famigliari e costretta nella severità di un collegio, lontano dal nonno materno, il celebre penalista Carrara, unico rimasto dei suoi. Le sofferenze e la solitudine dell'adolescenza, le angustie materiali, la mancanza di affetti famigliari lasciarono necessariamente una forte impronta nel suo carattere.

Laureatosi nell'81 a Firenze, per oltre 7 anni fu costretto ad una condotta nella Lunigiana e, nella solitudine, il suo spirito desideroso già della ricerca, trovava sollievo nello studio; fra una visita e l'altra e dopo lunghe giornate faticose di montagna trovava il tempo di pubblicare quel l'« *Analisi batteriologica delle acque di Fivizzano* » che rappresenta un'ardua impresa per un medico condotto senza mezzi adatti, e quelle sue osservazioni originali di *lesioni nervose (polinevrite) postinfluenzali*.

Nel 1881 con improvvisa risoluzione, lasciata la condotta ove si era prodigato nelle epidemie di tifo e di colera, e dove lo avevano acclamato cittadino onorario, si reca a Parigi: la Salpetriére lo vede assiduo per due anni. Di quell'epoca è il lavoro *sull'isteria* lodato grandemente dal suo maestro Charcot.

Tornato in Italia e a Roma, impianta nella sua casa — pur tra notevoli difficoltà economiche — un ambulatorio gratuito per malattie nervose: dal ricco materiale occorso sotto la sua osservazione trae materia di nuovi studii sia di neuropatologia « *sulla genesi delle contratture nelle paralisi del facciale* », « *sui tumori del mesencefalo* », « *sulla terapia delle nevrosi professionali*, « *su alcuni disturbi della motilità e dell'equilibrio nell'emiplegia cerebrale* », ecc.: che di biologia come il « *Contributo allo studio della mielite acuta da streptococco* ».

Di questo tempo sono frutto delle sue ricerche di elettroterapia le osservazioni sulla « *reazione degenerativa a distanza* » reazione che porta giustamente il suo nome anche nei libri stranieri.

Ma troppo lo attirava l'insegnamento ed Egli iniziava la sua attività didattica con conferenze sull'elettroterapia a S. Spirito, e più tardi, dopo il conseguimento della Libera Docenza, per titoli, in Neuropatologia (1897), teneva un corso di lezioni regolari all'Ospedale di S. Antonio e S. Spirito ove accorrevano studenti e medici volenterosi.

La scoperta dei raggi X trovò in Lui un ammiratore entusiasta, e, senza abbandonare l'Elettroterapia, da quel momento si dedicò allo studio della nuova branca medica e fu tenace ed autorevole assertore dell'intima e inscindibile unione di queste due discipline.

Per opera sua principalmente sorse in Italia la Cattedra di Elettroterapia e Radiologia e con ammirabili fatiche e con non mai mutato entusiasmo, riuscì a creare dal nulla quell'Istituto che a ragione era oggi il suo orgoglio.

A Lui nel 1907 veniva dato l'incarico ufficiale dell'insegnamento nella R. Università ed Egli fornì il gabinetto dei suoi apparecchi personali e si prodigò instancabile con personale volontario tralasciando per l'insegnamento ogni attività privata.

Numerosi furono i suoi lavori in quest'epoca e quelli « *su una nuova macchina statica* » *e la sua* « *applicazione come apparecchio radiologico* », « *lo studio di apparecchi di induzione per uso medico* » si alternano con ricerche sulle proprietà biologiche della diatermia (« *l'influenza della diatermia sul diabete fluorizinico* »), della folgororazione (« *sull'azione biologica e curativa della folgorazione* ») e con ricerche di elettrodiagnostica (*sulle alterazioni dell'eccitabilità elettrica nelle lesioni periferiche dei nervi omologhi*).

Nel campo della Radiologia la Sua attività fu particolarmente attratta dai grandi problemi dell'azione biologica delle radiazioni in cui lascia larghe ed originali impronte. Egli per primo nel 1908 stabilì sperimentalmente la *superiorità dell'azione delle radiazioni* penetranti oggi usate largamente in terapia; per primo sostenne la *differente azione dei raggi X in rapporto alla maggiore o minore rapidità degli impulsi* e la Sua teoria sull'attività biologica specifica delle radiazioni che costituisce il fulcro dei lavori della Sua

scuola è oggi non solo largamente riconosciuta ma ci ritorna quasi come una novità dalle scuole straniere. Egli, con un complesso armonico di lavori sperimentali, circa una trentina (notevolissimi fra gli altri quelli condotti sullo stomaco del coniglio) portava prove brillanti e numerose alla Sua asserzione e dallo studio delle differenti alterazioni istologiche riscontrate sullo stomaco di animali irradiati deduceva una scala biologica di radiosensibilità e proponeva una *nuova unità di misura* biologica più sensibile delle modificazioni cutanee.

Un altro campo originale di studio collegato strettamente col precedente è *quello dell'azione delle radiazioni secondarie* e, mentre numerosi sono i lavori Suoi o da Lui ispirati, che dimostrano la differente azione di questa gamma di radiazioni (lavori sull'azione battericida analoga a quella dei raggi luminosi); Egli su questa concezione basava tutto un nuovo ed originale indirizzo terapeutico che si è dimostrato ricco di promesse e che tende oggi largamente a diffondersi.

Da pochi anni, 1919, era stato elevato al grado di Ordinario nell'insegnamento nell'Università ed aveva ottenuto l'obbligatorietà dell'insegnamento stesso: e nel frattempo non gli erano mancati i giusti riconoscimenti del Suo valore e dell'attività, con importanti incarichi onorifici. Era stato infatti Rappresentante del R. Governo al 6° Congresso di Radiologia in Praga (1912), del 7° a Lione (1914); e ultimamente al Congresso della Lega per la lotta contro il cancro (Bruxelles 1923); era stato eletto presidente del 3° Congresso Italiano di Radiologia Medica ed era tuttora Socio della R. Accademia Medica di Roma, Presidente dell'Associazione Romana fra i Cultori dell'Elettrologia e della Radiologia, Membro del Comitato Nazionale di lotta contro il cancro, Presidente del Centro laziale di lotta contro il cancro che egli ha sostenuto e organizzato validamente... Nonostante gli anni Egli ha conservato fino all'ultimo il suo entusiasmo e la sua prodigiosa attività e il suo spirito combattivo: infatti sebbene sessantenne, volontario aveva partecipato alla grande guerra dirigendo una ambulanza radiologica che aveva fornito del Suo originale apparecchio per la ricerca dei corpi estranei, e prodigandosi per ben due anni in pro' dei feriti.

L'entusiasmo per le ricerche, l'attività didattica, la facilità di parola nell'esposizione, la profondità e finezza di osservazione mista a una sintesi geniale, la genialità stessa in tutte le Sue manifestazioni e i Suoi lavori, l'amore per il Suo Istituto a cui Egli diede tutte le ore della Sua giornata nel completo disinteresse di tutto quello che non riguardava la Scuola, l'attaccamento per i Suoi allievi ne rappresentano le principali caratteristiche: Egli soltanto nella pittura, dove portava pure una impronta di genialità, trovava riposo e sollievo del Suo stato d'animo, spesso triste, che trasfondeva nell'acquarello.

Egli è morto, lasciando largo rimpianto per l'Uomo e per lo Scienziato in tutti, ma specialmente in noi suoi allievi che ne abbiamo potuto apprezzare le grandi doti, per gli altri — meno a Lui vicini — forse velate da una rude apparenza. Egli è morto in riva al mare nell'isola d'Elba, per le cui bellezze pittoriche egli dimostrava una speciale predilezione e in cui era andato a cercare riposo.

GASTONE MELDOLESI.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 - Tip. Cartiere Centrali (S). L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXXI Roma, 27 Ottobre 1924 Fasc. 43

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

POLICLINICO UMBERTO I - ROMA.
IX Padiglione diretto dal prof. G. BASTIANELLI.

Il trattamento del diabete con l'insulina

per il dott. A. SEBASTIANI, aiuto.

> «Insulin is a remedy pri-«marily for the wise and «not for the foolish, be they «patients or doctors. Eve-«ryone knows it requires «brains to live long with «diabetes, but to use insu-«lin successfully requires «more brains».
>
> E. P. JOSLIN. *The treatment of diabetes mellitus.* III ediz. Lea e Febiger, 1923.

Non è mia intenzione riferire qui le ricerche precedenti, nè come Banting e Best riuscirono a preparare l'ormone pancreatico, che il 10 gennaio 1922 (data memorabile nella cura del diabete) veniva per la prima volta iniettato in un paziente. Non posso neanche entrare nella questione teorica del modo di agire dell'insulina, che si collega a quella più vasta della essenza vera e propria del diabete mellito. Desidero solo esporre i criteri pratici con cui abbiamo, sulla guida degli studiosi americani, la cui esperienza è tanto più grande della nostra, applicato l'insulina nella cura dei diabetici venuti alla nostra osservazione; e, pubblicando in modo riassuntivo le storie cliniche, riferire sui risultati ottenuti.

***

Anteriormente all'introduzione dell'insulina il metodo più usato nel trattamento del diabete era quello di Allen; il quale consiste, come tutti sanno, nel porre prima il paziente a digiuno assoluto, fino a far scomparire completamente lo zucchero dalle urine, e quindi cominciare a somministrargli molto lentamente e gradualmente gli idrati di carbonio (5 gm. al giorno fino a 20, e poi 5 gm. ogni secondo giorno), saggiandone così la tolleranza; contemporaneamente, e pure molto lentamente, vengono aumentate le proteine e i grassi. Metodo lungo e di inanizione; e che deve necessariamente arrestarsi assai presto, quando la tolleranza agli idrati di Carbonio sia molto bassa.

D'altra parte va ricordato che, specialmente quando l'alimentazione è scarsa, è necessa-

rio che gli elementi di essa siano combinati in modo da impedire la produzione di acetone e di acido diacetico, in una parola l'intossicazione acida. È comunemente nota la frase che « il grasso brucia alla fiamma dei carboidrati »: molti ricercatori si sono affaticati per tradurre questa frase in elementi precisi, per stabilire cioè il rapporto cheto-antichetogenico. Ricordo il lavoro di Zeller e quello ancora più importante di Shaffer; secondo quest'ultimo autore il rapporto molecolare tra sostanze chetogeniche e antichetogeniche deve essere come 1:1. Sostanzialmente alle stesse conclusioni è giunto Woodyatt, secondo il quale la dieta di un diabetico deve essere formata in modo da introdurre una quantità di glucosio, *proveniente da tutte le origini*, inferiore a quello che il paz. possa tollerare, e di adattare la quantità di grasso in rapporto alla quantità di glucosio, così da evitare la acetonuria; e per questa seconda clausola gli elementi della dieta devono essere in tali proporzioni che, per ogni molecola di acido diacetico che possa prodursi dagli alimenti introdotti, deve essere disponibile dalla stessa dieta una molecola di glucosio, o di sostanza capace di esser convertita in glucosio. In pratica si può ammettere che 1 gm. di carboidrati assicuri la ossidazione di gm. 1 2/3 di grassi.

Abbiamo dunque due punti basali per fissare la dieta di un diabetico: la sua tolleranza ai carboidrati e il rapporto tra gli elementi chetogenici e quelli antichetogenici della dieta. Un terzo punto fondamentale consiste nella quantità di sostanze proteiche, la quale deve essere sufficiente ai bisogni del corpo, ma senza caricarlo in eccesso: tale quantità varia secondo i diversi autori (Sherman, Newbourgh, Woodpatt) da 1/2 a 2/3 a 1 gm. per ogni kg. di peso del corpo: tutti però sono d'accordo nel ritenere che un eccesso di proteine è dannoso, come già affermò Von Noorden molti anni or sono. Noi che, come diremo in appresso, ci samo in linea di massima serviti di una tabella di dieta costruita da Kellog, abbiamo seguito questo autore nel fissare l'apporto di proteine in 2/3 di gm. per ogni kg. di peso, tollerando talvolta delle variazioni in più o in meno per speciali esigenze.

Ma, prima di fissare in base ai principii suddetti la dieta di un diabetico, occorre tener presente qual'è, nel metabolismo, la sorte degli alimenti introdotti; e cioè che, da un lato, anche una parte delle proteine si comporta come elemento chetogenico, e, dall'altra, che nell'organismo una parte delle proteine e una parte dei grassi si metabolizzano in idrati di Carbonio. Rispetto al bilancio chetogenico è noto dagli studii compiuti in argomento che il 51% delle proteine si comportano come grassi. Rispetto al bilancio degli idrati di Carbonio va tenuto conto che il 58% delle proteine e il 10% dei grassi si comportano come glucosio.

Abbiamo ora tutti gli elementi per fissare la dieta di un diabetico, e per riassumerli ed essere più chiari, ci serviremo di un esempio. Il primo punto da fissare è la *tolleranza ai carboidrati*, e per questa basta da un lato calcolare il numero dei carboidrati introdotti, dall'altro determinare quantitativamente il glucosio nelle urine e riportarlo, in base alla quantità di urina emessa, al glucosio delle 24 ore; infine sottrarre dal primo valore il secondo. Ma appunto nella fissazione del primo valore entra in azione una delle considerazioni sopra esposte: e cioè che al numero dei carboidrati introdotti come tali negli alimenti bisogna aggiungere quelli che nell'organismo si metabolizzano dalle proteine (58%) e dai grassi (10%). È perciò che in tutti i calcoli di dieta che pubblicheremo in appresso sotto la rubrica carboidrati si troveranno due cifre, una quella dedotta dalle tabelle analitiche degli alimenti, l'altra, che porremo tra parentesi, formata dalla somma di quella con i carboidrati provenienti da proteine e da grassi. Supponiamo che un soggetto di 66 kg. con un'alimentazione costituita da P 60, G. 150, CH 80, Ca 1910 (1) abbia eliminato nelle 24 ore 2 litri di urina contenente 4 % di glucosio: i carboidrati introdotti sono in relatà 80 + (60 + 0,58 =) 34,8 + (150 + 0,10 =) 15 = 129,8; quelli eliminati nelle 24 ore sono 40 × 2 = 80; la tolleranza del soggetto sarà di CH 129,8 — 80 = 49,8. Se ora vogliamo fissare una dieta, che non gli sarà sufficiente per i suoi bisogni, ma che lo metterà « al pulito di zucchero », partiremo da questa prima base, e cioè vi introdurremo gm. 49,8 di idrati di carbonio, in cifra tonda diciamo 50.

Per quel che riguarda le proteine abbiamo già stabilito di esse debbano essere in 2/3 di gm. per kgm. di peso del corpo: poichè nel nostro esempio il soggetto pesa kgm. 66,

---

(1) Per brevità useremo sempre questa notazione: P = proteine, G = grassi, CH = idrati di Carbonio, Ca = calorie; le cifre accanto a P, G e CH indicano il peso in grammi. Per il calcolo delle calorie ci serviamo, per semplicità, dei valori comunemente ammessi di 4 calorie per un gm. di proteine e di CH, e di 9 calorie per 1 gm. di grassi; mentre i valori effettivi sono rispett. 4,1 e 9,3.

la dieta conterrà 44 gm. di proteine. I grassi sono determinati in base al bilancio chetogenico, tenendo presente che un gm. di carboidrati assicura la ossidazione di 1,2/3 gm. di grassi; e quindi, dato che nel soggetto introdurremo 50 gm. di CH, vi potremo aggiungere 83 gm. di grassi. Ma questi non vanno aggiunti per intiero come grassi alimentari, perchè come abbiamo osservato, il 51% delle proteine, diciamo in cifra tonda il 50%, si comporta nell'organismo come grassi: poichè nella dieta entrano 44 gm. di proteine, dovremo sottrarre 22 gm. dai grassi alimentari, e ridurre questi, nella dieta del nostro esempio a 61. Da ultimo va tenuto conto dei CH che provengono dalle proteine e dai grassi: e cioè non potremo introdurre i 50 gm. di CH che il Paz. tollera come alimenti, ma tener conto di quanti ne provengono da P e da G. Nel nostro caso le P essendo 44, i CH che da esse si metabolizzano nell'organismo sono 44 × 0,58 = 25,5, ed essendo i G introdotti 61 da questi si hanno 6,1 CH: sicchè i carboidrati da introdursi nella dieta come tali saranno: 50 — (25,5 + 6,1 =) 31,6 = 18,4 Eccoci finalmente alla dieta stabilita razionalmente, la quale sarà P 44, G 61, CH 18,4 (50).

***

Nel trattamento del diabete con insulina alcuni, per es. Mac Lean, propongono di porre il soggetto a una dieta piuttosto povera di idrati di Carbonio, ma discretamente sufficienti ai suoi bisogni, e quindi, cominciando con dosi assai piccole, aumentare man mano l'insulina fino a far scomparire lo zucchero dalle urine. Noi crediamo preferibile il metodo, che è del resto più generalmente seguito, di ottenere anzitutto la scomparsa dello zucchero, di «mettere il paziente al pulito di zucchero», riducendo di molto la dieta, fissata sempre secondo i principii suddetti, e quindi aumentare progressivamente la dieta in idrati di Carbonio, e corrispondentemente in proteine e in grassi, aumentando parallelamente la dose di insulina, così da mantenere sempre l'urina senza zucchero, fino a raggiungere un numero di calorie sufficiente ai bisogni dell'individuo.

Ecco in particolare come abbiamo proceduto e come si vedrà nelle storie cliniche che pubblichiamo. Prima fase: *determinazione della tolleranza del Paz. ai carboidrati.* In base alle comuni tavole (ci siamo serviti di quelle pubblicate da Carpenter) abbiamo dapprima determinato quanto era, per il singolo soggetto, il numero di calorie necessario stando il paziente a metabolismo basale: ciò che, come è noto, può ricavarsi dai dati somatici, sia da altezza peso ed età (Harris e Benedict) sia da età e superficie del corpo (Du Bois). Quindi abbiamo messo il soggetto a una dieta che producesse quel dato numero di calorie (approssimativamente), e che tenesse conto dei principii precedentemente esposti dei 2/3 di gm. di proteine per ogni kgm. di peso del corpo, e del rapporto tra sostanze chetogeniche e antichetogeniche. Contemporaneamente, veniva raccolta l'urina delle 24 ore e, determinato il percento di zucchero in essa contenuto, veniva calcolata la tolleranza del soggetto per gli idrati di C.

Seconda fase: *dare una dieta che mantenga le urine prive di zucchero.* Come abbiamo indicato nel paragrafo precedente, si stabilisce una dieta che parta da questi due punti basali: la quantità di idrati di Carbonio tollerata, e la quantità di proteine fissata in base al peso del soggetto. Come vedremo, non è sempre sicuro che la prima dieta ridotta ottenga l'effetto desiderato, di far cioè scomparire la glicosuria: è necessario talvolta ridurre ancora gli idrati di C, talvolta ridurre le proteine; anzi spesso nella pratica, sembrandoci la riduzione degli alimenti eccessiva, abbiamo senz'altro somministrato una piccola dose di insulina per ottenere la aglicosuria. È opportuno mantenere il soggetto in questo stato due o tre giorni.

Terza fase: *aumento progressivo della dieta,* fino a raggiungere i bisogni normali o quasi stabiliti in calorie. Naturalmente è in questa fase che entra in scena l'insulina: essa viene somministrata in dosi progressivamente crescenti, col criterio di massima di aumentare cinque unità di insulina per ogni 10 gm. di idrati di carbonio somministrati in più. Diciamo subito che quest'ultima indicazione è quella che più risente delle variazioni individuali: del resto tutta la terapia del diabetico è nettamente influenzata dalle condizioni del soggetto.

Come misura precauzionale abbiamo determinato, prima dell'inizio del trattamento e di tanto in tanto durante la cura, la quantità di zucchero nel sangue, prelevato sempre al mattino a digiuno, e a dodici ore almeno dall'ultima iniezione di insulina. Essa è un criterio prezioso per procedere generosamente ovvero con prudenza nell'aumentare le dosi del farmaco, ed evitare le tanto temute complicazioni ipoglicemiche.

A proposito della *ipoglicemia* determinata dall'insulina è bene accennarvi qui subito.

In circa un migliaio di iniezioni praticate ho visto una sola volta una grave complicazione ipoglicemica, prodotta per circostanze speciali, e che verrà descritta in appresso nella storia clinica del soggetto. Ma a chiunque si accinga a praticare la cura insulinica, solo che si prenda la pena di leggere le istruzioni che la casa fabbricante annette alla fiala, devono esser noti e i sintomi di questa complicazione e la cura adeguata. I sontomi sono: cefalea, sudore, brividi, nausea; e, nello stato più avanzato, incoscienza, contrazioni toniche con spasmi convusivi, midriasi. La cura consiste nella somministrazione la più precoce possibile di zucchero: se si è al principio dell'accidente, basta una bevanda zuccherata, preferibilmente una aranciata; in casi più gravi e nell'incoscienza del paziente, si introduca la soluzione zuccherata o di glucosio con una sonda, eventualmente per il naso, si pratichi una iniezione di 1 o 2 mmgm, di adrenalina, si faccia una lenta introduzione nelle vene di una soluzione di glucosio che contenga 25-50 gm. dello zucchero.

Come regola assoluta, come è oramai noto a tutti, l'iniezione di insulina va praticata, sottocute, immediatamente o 15-30 m' prima dei pasti; è preferibile somministrare la dose in due iniezioni, ma se la dose necessaria è piccola, e per non infastidire troppo il paziente, si può fare una sola iniezione: in tal caso si accumulerà la maggior parte degli idrati di Carbonio nel pasto che è preceduto dalla iniezione unica. Si avverta il paziente che, se per una combinazione qualunque, non volesse o non potesse consumare il suo pasto, deve omettere anche la iniezione di insulina.

Come si vede, con un trattamento che è basato su un bilancio rigoroso tra entrate e uscite, è necessario che il paziente o chi lo assiste sia molto scrupoloso specialmente nell'attenersi alla dieta prescritta, e poi anche nella dose di insulina iniettata (quando il medico non possa praticare egli stesso la iniezione), nella raccolta e misura delle urine ecc. (1). Si deve formare una vera e propria collaborazione tra il medico e il paziente, altrimenti tutti i calcoli e tutte le fatiche del primo sono in gran parte perduti.

(1) Ho il dovere qui di ringraziare la nostra Capo-Sala del Reparto donne sig.na Simonelli, che, con valida e intelligente cooperazione, ha sorvegliato l'applicazione, e talvolta ha fissato le prescrizioni dietetiche, e ha scrupolosamente controllato tutto l'andamento della cura, nella maggior parte dei casi che appresso si riferiscono.

***

Molti discutono sulle indicazioni del trattamento insulinico e vogliono riserbarlo ad alcuni casi speciali e molto gravi, o addirittura solo ai casi di coma. La mia esperienza in proposito è naturalmente troppo scarsa perchè possa entrare in merito di tale questione. Come si vedrà, noi abbiamo usato l'insulina sia in casi di coma imminente, sia in casi di diabete grave e antico, sia in casi di diabete lieve. Non ci è sembrato che quest'ultimo dovesse essere escluso dal benefizio dell'insulina; che anzi questi casi lievi, in cui, con una piccola dose del farmaco, si può ottenere la scomparsa della glicosuria, sono da un lato più semplici a trattarsi e con una cura meno dispendiosa (il principale difetto forse dell'insulina, che tende tuttavia a diminuire), e dall'altro sono quelli che probabilmente ne ritraggono un maggiore beneficio. È certo che i soggetti in cui il diabete è di data più recente si ha più facilmente e più rapidamente un miglioramento nella tolleranza agli HC. Joslin, la cui esperienza sul diabete è indiscutibile, basata come è su migliaia di casi, dal 7 agosto 1922 al novembre 1923 ha trattato con l'insulina 358 pazienti: l'ha somministrata a 7 sui primi 100 venuti per il trattamento in questo periodo, ma, con le successive centinaia, il numero dei casi trattati con l'insulina è andato progressivamente aumentando, così che nel maggio 1923 era arrivato al 64% e nel settembre a 77 sugli ultimi 100 entrati nell'Ospedale. Ciò dimostra la fiducia dell'A. nell'insulina. I tipi di pazienti trattati variarono in severità dai più gravi ai più leggeri, in età da un anno a 78, in durata della malattia da 4 settimane a 23 anni.

L'insulina da noi adoperata è stata sempre quella fabbricata dalla *Eli Lilly Company di* Indianapolis (prima della serie L, poi della U, che è alquanto più ricca in unità per cc.). Non si esclude con ciò che l'insulina prodotta da altre fabbriche risponda allo scopo: per nostro conto abbiamo preferito attenerci a un prodotto che è universalmente riconosciuto ottimo, ed è largamente adottato con buonissimi risultati nel paese dove l'insulina fu scoperta e dove ha ricevuto la più larga applicazione, e che, avendoci ampiamente soddisfatto sin dal principio, non ci siamo sentiti di abbandonare. Come si vedrà in appresso, una sola volta essa fu cambiata a nostra insaputa con un altro prodotto fabbricato in Italia e non ancora in commercio, e i risultati, che probabilmente furono dovuti

Data	Costituzione del Vitto				URINE				Toll.	Sang. Gluc. ‰	OSSERVAZIONI
	P	G	CH	Calor	Quan	Gluc. ‰	Gluc. 24 h	Acet.	CH		
1 III	Uova 2, Latte 100, Pane 50, Burro 50				2200	22	48.4	+	0.9		*Insulina Lilly L: 30 unità.*
	18.5	56.5	33 (49.3)	714							
2 III	Carne arrosto 100, Latte 150, Uova 3, Pane 75, Burro 80				2000	34	68	+	22		*Insulina: 20 unità.* È questa la dieta corrispondente all'incirca a quella che si dovrebbe dare per la paz. in metabolismo basale, ma data la scarsa tolleranza ai *CH* e quindi la ancor forte glicosuria si riduce la dieta e si aumenta la insulina.
	50.3	119	50 (90)	1471							
3 III	Carne arrosto 50, Uova 4, Latte 150, Pane 68, Burro 60				2800	23	64.4	+	5.6		*Insulina: 40 unità.* Ma ancora la tolleranza è bassissima e la glicosuria alta: nuova riduzione della dieta e aumento dell'insulina. Il trattamento così istituito si continua per 4 giorni con migliori risultati, ma senza ottenere la scomparsa dello zucchero dalle urine.
	46	93.5	36.3 (70)	1169							
4	Uova 4, Latte 100, Pane 40, Burro 50				2600	6	15.6	+	32.6		*Insulina: 60 unità.* Si ricorre allora al digiuno per 24 ore e si riesce così a mettere la paz. quasi al pulito di zucchero.
5					2600	traccie	—	+	48.2—		
					3200	tra-	-	+	48.2—		
	30.5	70	23.5 (48.2)	845	3700	5	18.5	+	29.7		
	Digiuno				[illegible]00	traccie minime	—	+	—		*Non insulina.* Si riprende allora con una dose minore di insulina, ma con una dieta molto ridotta, che poi gradualmente si aumenta, mentre si va diminuendo l'insulina.
	—	—	—	—							
9	Uova 3, Latte 100, Pane 20, Burro 25				4000	0	0	traccie	28.7	2.94	*Insulina: 35 unità.*
10	22.4	42.2	14.2 (28.7)	526	5600	0	0	traccie	28.7		*Insulina: 30 unità.*
11	Uova 3, Latte 150, Pane 30, Burro 40				4200	0	0	0	37.7		*Insulina: 30 unità.*
	25.4	56.4	21.6 (37.7)	676							
12	Nova 4, Latte 150, Pane 40, Burro 45				3500	0	0	0	31.6		*Insulina Lilly U: 20 unità* Come si vede, la tolleranza ai *CH* va gradualmente crescendo. Da notare che è scomparso anche l'acetone. Da oggi in poi l'insulina adoperata è quella della nuova serie posta in commercio, *U* più forte della *L*.
	32.4	67	26 (51.6)	839							
13	Uova 4, Latte 200, Pane 55, Burro 60				4500	traccie	—	+	64.1—		*Insulina: 20 unità-* La tolleranza è ancora aumentata: si aumentano perciò i *CH* e corrispondentemente le *P* e i *G*: quindi le calorie. Però, per prudenza, si aumenta anche la dose di insulina.
14					3600	0	0	0	64.1		
15	35.4	81.6	35.4 (64.1)	1017	3000	0	0	0	64.1		
16	Carne arrosto 40, Uova 3, Latte 200, Pane 75, Burro 85				2600	0	0	0	79.2		*Insulina: 25 unità.* Nei giorni successivi si riduce l'insulina a 20 unità; poi, persistendo la mancanza di zucchero nell'urina, si aumenta ancora la dieta.
17	40.3	111.5	44.7 (79.2)	1344	2000	0	0	0	79.2		

Data	Costituzione del Vitto				URINE				Toll.	Sang. Gluc.	OSSERVAZIONI
	P	G	CH	Calor.	Quan.	Gluc. ‰	Gluc. 24 h	Acet.	CH	‰	
22 III	Uova 2, Carne 100, Prosciutto magro 25, grasso 50, Verdura 5 % 200, Pane 60, Patate 50, Olio 40				1600	0	0	0	90		*Insulina: 25 unità.* Raggiuntosi così le quantità di calorie necessarie per il metabolismo basale, si comincia a ridurre la dose di insulina: il 23 se ne somministrano 20 unità; il 24, il 25 e il 26 se ne danno 15 unità: l'urina resta sempre al pulito di zucchero. Si aumenta la dieta in *CH* e *G*.
	49.8	123.3	47.6 (88.8)	1499							
27 III	Uova 2, Carne 100, Prosciutto magro 25, Grasso 50, Verdura 5 % 100, Burro 90, Pane 75				700	0	0	0	100	1.63	*Insulina: 15 unità.* Altro aumento della dieta il giorno 29: si aumentano i *CH* e i *G* (per aumentare le calorie) mantenendo quasi inalterate le *P*.
	47.9	144.2	61.3 (103.5)	1723							
					800	0	0	0	110		*Insulina: 15 unità.* Nei giorni successivi si procede con lo stesso sistema d'aumento della dieta e riduzione dell'insulina per gradi. — Da questo punto in poi si omette la descrizione della dieta perchè non si ritiene necessaria allo scopo della pubblicazione.
	51.7	152.4	64.6 (110)	1835							
30 e 31					1100	0	0	0	120		*Insulina: 12 unità.*
	60.7	170	67 (120)	2036							
1 2 3 4 IV					1650 1650 900 900	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	130		*Insulina: 12 unità.*
	68	184	72 (130)	2214							
5 IV					1000	0	0	0	130	1.40	*Insulina: 10 unità*
	68	184	72 (130)	2214							
6 IV					1000	0	0	0	137		*Insulina: 10 unità.*
	72.5	232	72 (137)	2664							
7 IV					1300	0	0	0	137		*Insulina: 8 unità.*
	75	232	72 (137)	2664							
11 IV					2000	0	0	0	137		*Insulina: 6 unità.* Giunti a questo punto, somministrando una dieta ben ricca in calorie, si tenta la soppressione completa dell'insulina.
	75	232	72 (137)	2664							
12					2300	0	0	0	137		***Non insulina.*** Tuttavia non si ritiene opportuno di forzare la prova e si ritorna a una dose minima d'insulina, variando ancora la dieta, aumentando i *CH* (pane) e le P riducendo i grassi, poco accetti.
13					1500	0	0	0	137		
	75	232	72 (137)	2664							
14					1100	0	0	0	145		*Insulina: 5 unità.*
	88.4	191.2	72 (145)	2361							

però a una differenza di dosaggio e ad altre irregolarità commesse, furono disastrosi.

* * *

Comincio col riferire un po' in esteso un caso classico per l'andamento, le complicazioni e il risultato della cura; per gli altri casi sarò più breve nella esposizione.

CASO I. — G. C., 50 a., vedova, donna di casa; due aborti (R. W. neg.). A 3 a. pare abbia avuto nefrite; in seguito sempre bene fino all'inizio della presente malattia.

1920: ha cominciato ad avvertire grande sete, mista a senso di secchezza alla gola: in alcuni giorni giunse a bere circa 5 litri d'acqua. Senso della fame poco intenso, anzi meno del normale. Urine abbondanti, da 5 a 7 litri nelle 24 ore. Da due anni foruncoli in varie parti del corpo. Dall'inizio della malattia ad oggi ha avuto alternative di miglioramenti e peggioramenti. Da tre mesi foruncoli più abbondanti e più ribelli al trattamento.

Da 4 giorni prostrazione delle forze e affanno.

Entra in Ospedale il 29-2-24, alle ore 19, nelle seguenti condizioni: stato ansioso; respiro profondo e frequente (28); polso molto frequente (120); alito acetonico. Nella regione sacrale, nella regione posteriore della coscia sinistra e nel cavo del popolite sinistro si notano numerosi foruncoli, alcuni confluenti in modo da formare dei vespai, altri molto profondi e con raccolta purulenta abbondante; cute circoscritta arrossata, tesa, lucente. Lingua arida. Il resto dell'esame obiettivo è negativo.

Presa l'urina in vescica per mezzo del cateterismo (500 cc.) si constata la presenza di abbondante zucchero (4,5%) e di abbondante acetone. Giudicata l'imminenza del coma alle ore 20 si iniettano senz'altro 10 unità di insulina Lilly L, e alle 23,30 altre 20 unità. Al mattino successivo (1-III) le condizioni sono molto migliorate: la p. respira tranquillamente, il polso è buono, ma ancora frequente (100), l'odore acetonico dell'alito è molto diminuito. Su un campione di sangue prelevato alle ore 3 si riscontra il 3,4% di zucchero.

Nella seguente diaria è indicato il modo come si è proceduto nel trattamento e nella dieta e i graduali risultati (1). Data la gravità del caso non si è proceduto col metodo sopra descritto del saggiare la tolleranza e di portare il malato con l'abbassamento della dieta all'assenza di zucchero nelle urine; ma si è continuato nei primi giorni a somministrare una forte dose di insulina, dato anche l'alto tasso glicemico.

Età 50; peso kgm. 72; altezza cm. 159. — Metabolismo basale previsto (Harris e Benedict). Calorie 1384. Dieta per detto metabolismo (Kellog); P 50, G 124, CH 48 (90), Ca 1508.

(1) Le tabelle costituiscono un esempio del modo come sono stati seguiti tutti i nostri casi.

In queste condizioni il giorno 19 aprile si dimette la paziente prescrivendole alcune variate liste di vivande, che corrispondono alla costituzione di dieta suddetta, e una dose giornaliera di 5 unità di insulina (Lilly, serie U). La glicemia determinata il giorno 18 dava 1,60 ‰.

Ciò che non risulta dalla diaria precedente, perchè ne venne omesso per mancanza di spazio, è il netto miglioramento nelle condizioni della paziente. Già dopo pochi giorni della cura tutti i foruncoli presentavano un andamento a guarigione, e la secrezione purulenta da quelli di essi che avevano il carattere di vespai o di ascessi era ridotta quasi a zero. Dopo 15 giorni circa tutti i foruncoli erano completamente guariti, e la P. era in grado di alzarsi dal letto. Lasciando l'Ospedale essa si sentiva perfettamente guarita, e senza più alcuna traccia dei dolori muscolari e nevralgici di cui soffriva da tempo.

Questo primo caso illustra bene un triplice effetto dell'insulina: *a*) la scomparsa dei segni premonitori del coma e di uno stato generale grave; *b*) la scomparsa di tutto il corteo sintomatico della malattia, specialmente, nel nostro caso, la debolezza e la foruncolosi: si può ben dire che fino a che l'ammalata è stata sotto la cura di insulina essa non era più una diabetica; *c*) il graduale aumento della tolleranza per gli idrati di Carbonio, ciò che ci ha permesso di nutrire più che sufficientemente la Paz., senza che essa ne risentisse alcun danno, nonostante la sua insufficienza pancreatica: come risulta dalla diaria, mentre ai primi giorni erano necessarie 40-50 unità di insulina (L) con una dieta contenente appena 800-1000 calorie, si è arrivati nelle ultime settimane a 6-8 unità (U) e anche alla sospensione completa dell'insulina (a semplice titolo di esperimento) con una dieta contenente ben 2664 calorie.

* * *

Sarò assai più breve per gli altri casi, soffermandomi solo su alcuni speciali accidenti.

CASO II. — V. S., 62 a., maritata, donna di casa. Il diabete data da circa una diecina d'anni. Nei mesi precedenti la glicosuria ha oscillato tra il 7 e l'8%, spesso è comparso acetone. Si lagna di una grande spossatezza sicchè non riesce che a fare pochi passi dentro la sua abitazione, e di dolori diffusi agli arti. Inoltre la P. soffre di aortite e di attacchi stenocardici. È piuttosto grassa: 79 kgm. La glicemia, prima dell'inizio della cura risultò di 4,10 ‰. In base all'età peso e altezza il calcolo delle calorie in metabolismo basale ci dette 1410. Fu posta allora a una dieta di prova: 4 uova, 100 gm. di carne arrosto, 50 gm. di pane, 250 gm. di verdura al 5%, e 60 gm. di burro: P 50,3, G 106, CH 40,5 (80), Ca 1317. Con tale dieta la Paz. emise 52-55 gm. di zucchero; quindi tolleranza as-

sai bassa: circa 25. Data questa bassa tolleranza, e dato il soggetto, anche qui non si ritenne opportuno di somministrare una dieta così ridotta che portasse per sè alla scomparsa dello zucchero, ma, dopo averla diminuita per qualche giorno (emissione di glucosio circa 30 gm.), si cominciò senz'altro, e sempre con la dieta ridotta che aveva dato l'emissione di 30 gm. di glucosio nelle 24 ore, a iniettare 20 unità di insulina al giorno. Dopo 2-3 giorni, che spesso sono necessari per stabilire un equilibrio, si ottenne l'assenza di zucchero nelle urine con questo bilancio: uova 4, latte 200 gm., verdura 5% 300, burro 50; P. 31, G. 67,5, CH 25 (50) Ca 832, urine emesse gm. 7-800, glucosio assente, acetone traccie. Evidentemente si era a una dieta assai povera, perciò dopo 5 giorni si cominciava ad aumentare, portando le calorie a 1401 (CH 40 (70)) e l'insulina a 40 unità; e dopo altri 3 giorni si raggiungevano le calorie del metabolismo basale, dando una dieta che forniva 1422 calorie (CH 51 (80)), e 50 unità d'insulina. Come si vede non ci siamo preoccupati di arrivare anche rapidamente a una dose piuttosto forte di insulina: tenevamo la paz. sotto la diretta osservazione, avevamo aumentato l'insulina proporzionatamente all'aumento degli idrati di C, e anzi qualche tentativo intercorrente di diminuire la quantità aveva fatto ricomparire delle traccie di zucchero nelle urine: ciò che indicava ben lontano il pericolo di una ipoglicemia (del resto lo zucchero nel sangue era stato constatato in una forte percentuale) e assolutamente necessaria la dose alta. Dopo circa 20 giorni di cura riuscivamo ad elevare i CH totali di altri 10 gm., portando le calorie a 1566, e mantenendo 50 unità di insulina. Nonostante si trattasse ancora di una dieta povera la paz. risentì rapidamente i benefici effetti della cura: poteva uscire più volte nella giornata, fare spesso assai tardi la notte, senza la minima stanchezza: «si sentiva ringiovanita». Preoccupandoci tuttavia del nutrimento relativamente scarso somministrato, dopo circa un mese di cura, le calorie venivano portate a 1760 con CH totali 110 e 60 unità di insulina. con tale regime ricompariva, sebbene in piccola quantità, dello zucchero nelle urine, tra gli 8 e i 10 gm. nelle 24 ore; ma va fatta qui una osservazione che può avere una certa importanza: insistendo con detto regime, dopo 4-5 giorni lo zucchero si riduceva di nuovo a traccie non dosabili. Però, non volendo naturalmente neanche il passaggio di queste traccie, fissavamo una dieta capace di 1717 calorie (idrati di C 60 (100) e portavamo l'insulina a 70.

Variando la lista delle vivande, in modo da mantenere sempre quella data proporzione (P 40-41, G 146, CH 60 (100) e somministrando sempre ben 70 unità di insulina (Lilly L) giornaliere, abbiamo tenuto in cura la paz. per circa tre mesi. Solo verso le ultime settimane abbiamo potuto permettere un leggero aumento degli idrati di C, specialmente sotto forma di pane, di maccaroni o di frutta (per vivo desiderio della malata) e abbiamo ridotto l'insulina a 65 e a 62 unità. La glicemia discese al 2,08‰, e poi, verso la fine, all'1,8 p. 1000. Lo stato generale della paz. si è mantenuto sempre ottimo, tranne qualche disturbo dovuto ad attacchi stenocardici, ed essa ci ha lasciato, nell'aprile scorso, per tornare alla sua città, lontana da Roma, molto soddisfatta. Le abbiamo prescritto dei «menu» variati secondo la dieta suddetta e 65 unità di insulina giornaliere. Sappiamo che essa si trova tuttora ottimamente, per quel che riguarda il diabete.

È questo un caso abbastanza ribelle alla cura: un diabete inveterato che è stato domato solo adoperando forti quantità di insulina. La quale, come al solito, ha risposto bene per quello che le si chiedeva: la scomparsa della sintomatologia diabetica.

***

Il CASO III è stato da noi seguito per un tempo assai breve, e quindi non può considerarsi come un esempio di trattamento con insulina. È importante però perchè, insorto sotto i nostri occhi l'inizio del coma, questo venne rapidamente vinto con l'uso dell'insulina: e tale miglioramento fu seguito con ripetuti esami del sangue a breve distanza l'uno dall'altro (1). È questo il primo caso che abbiamo trattato con insulina e crediamo sia uno dei primi trattati in Italia.

A. S., 42 a., donna di casa, maritata. Sempre bene fino a 33 a., quando, in occasione dell'unica gravidanza, le fu riscontrata albumina nelle urine; 10 giorni dopo il parto ebbe due attacchi eclamptici: dopo qualche giorno era completamente ristabilita e l'albumina scomparsa. Poi bene fino a circa 4 anni or sono, quando incominciò a dimagrare rapidamente; dopo qualche tempo comparve polifagia, polidipsia, poliuria e astenia grave. Circa un anno e mezzo fa fu riscontrato zucchero nelle urine: fece allora una cura dietetica (vegetali, carne, poco pane, ecc..), poco severa e con abuso di grassi. Il 5 giugno 1923 comincia ad avere dolore all'occhio sinistro con fotofobia e arrossamento: in Clinica Oculistica le fu diagnosticata irite diabetica: la R. W. fu negativa. Entra nel nostro Reparto il 28 giugno 1923 e l'esame obiettivo praticato risulta completamente negativo.

Il 29 giugno urina 3700 cc. con 5 % di glucosio (glucosio totale gm. 185), acetone + +, acido diacetico + +. Il 30 giugno urina 1750 cc. con 5 % di glucosio (glucosio totale gm. 87). In questo giorno la glicemia risulta del 3,61 per mille.

Il 1° luglio nella mattina l'inferma avverte intensa sonnolenza, che va man mano avvicinandosi al sopore: risponde poco alle domande e chiede di essere sola; alito acetonico intenso; respiro profondo. Alle ore 11 l'esame del sangue dà: glucosio 3,60 ‰, CO_2 21 %. Il coma è dunque al suo inizio, non solo per i dati clinici ma anche per le netta acidosi riscontrata. Si prescrivono clisteri, bere abbondante acqua, digiuno. Lo stato di sopore con-

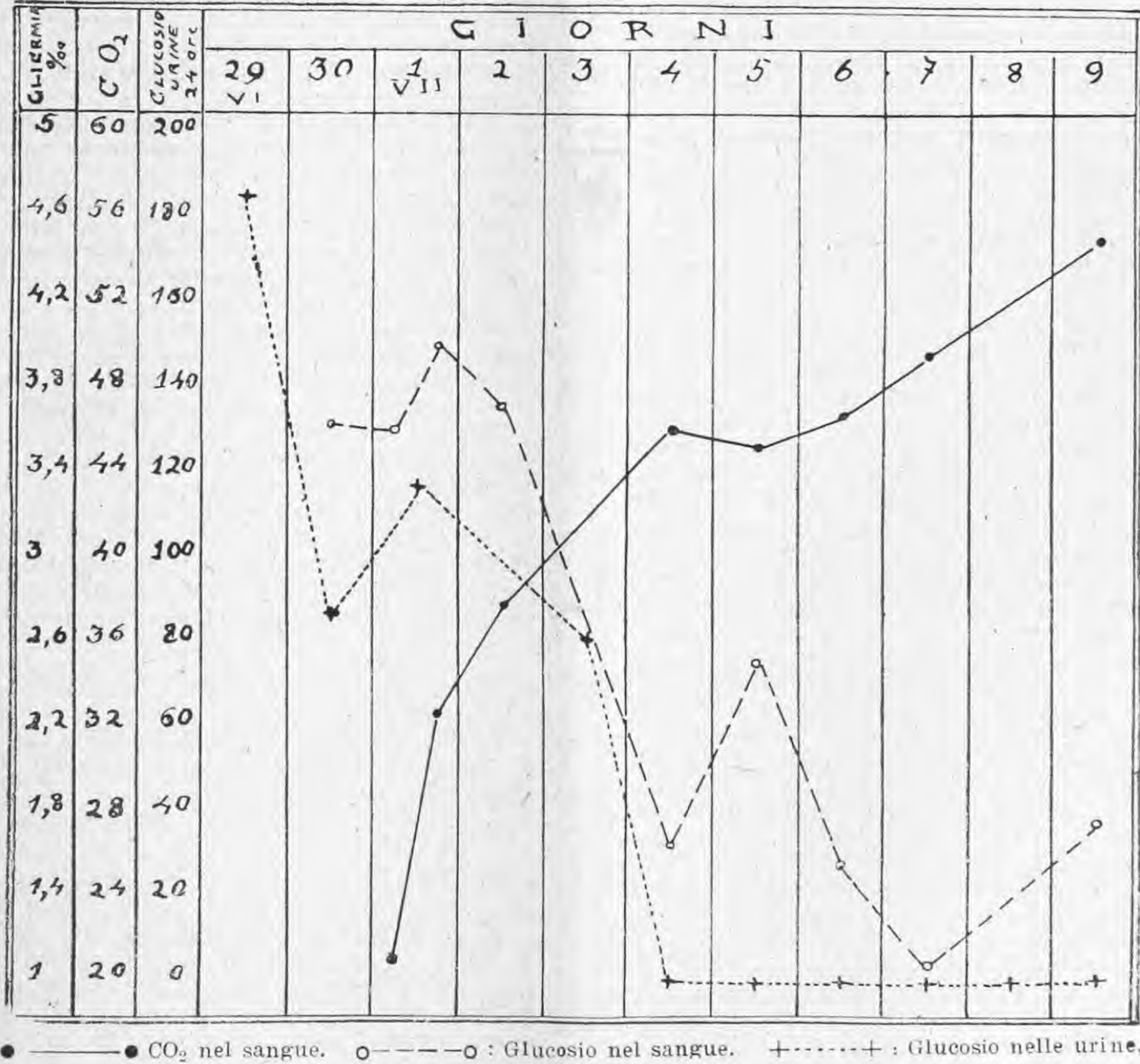
(1) Le determinazioni quantitative del glucosio e del CO_2 nel sangue di questa malata vennero praticate dai dottori T. De Sanctis e L. Gullini.

tinua insistente. Alle 16,30, procurataci una fiala di insulina (Lilly L) ne iniettiamo 10 unità, dando contemporaneamente delle bevande zuccherate. Alle 18,30 comincia un netto miglioramento: l'inferma si interessa, discorre, dice di sentirsi assai meglio, respira bene. Alle 19,20 l'esame del sangue dà: glucosio 4 ‰. CO_2 32,68 %. Alle 19,20 altre 10 unità di insulina e alle 23 ancora altre 10. Continua il benessere. Si sospende lo zucchero per bocca. L'urina delle 24 ore è stata complessivamente 2350 cc. 5 % di zucchero (glucosio totale grammi 117), acetone + + +, acido diacetico + + +.

L'andamento negli otto giorni successivi è indicato dalla seguente tabella:

Data	VITTO				Insulina	URINE					SANGUE	
	P	G	CH	CA	Unità	Quantità cmc.	Glucos. ‰	Glucos. 24. h	Acet.	Acido diacet.	Glucos. ‰	Co₂ %
2-VII	34	35	20 (43)	521	30	2300					3,71	37,88
3 »	26	52	7 (27)	600	40	2350	35,5	82,25				
4 »	Digiuno				50	400 ?	0	0	+	+	1,66	45,91
5 »	Digiuno				20	1800	0	0	+	+	2,50	45,32
6 »	22	28	9 (24,5)	376	40	1500	0	0	+	+	1,55	46,69
7 »	22	28	9 (24,5)	376	50	2700	0	0	+	+	1,09	49,44
8 »	41	47	22 (50,5)	675	40	1400	0	0	+	+		
9 »	41	47	22 (50,5)	675	40	2000	0	0	+	+	1,75	55

Riassumo anche in una grafica, per maggior chiarezza, l'andamento del glucosio e del CO_2 nel sangue e quello del glucosio nelle urine.

● ——— ● CO_2 nel sangue. o – – – o : Glucosio nel sangue. + - - - - - + : Glucosio nelle urine.

Dopo il giorno 9 peraltro lo zucchero comincia a ricomparire nelle urine, prima in quantità minima (0,20-0,50%), poi in quantità piuttosto rilevante (2,20-2,50%), mentre l'acetone scompare. Si era continuato a somministrare insulina, ma si era anche aumentata la dieta. Poichè però l'inferma aveva già fermamente manifestato la volontà di uscire dall'Ospedale, come di fatto fece il giorno 17 luglio, in condizioni generali ottime e con miglioramento anche dell'irite, ci mancò il tempo per stabilire una cura insulinica adeguata.

Il caso è riferito essenzialmente per il trattamento insulinico del coma e dell'acidosi.

***

Il Caso IV differisce di poco da quelli I e II. Si tratta di un ragazzo di 13 anni in cui la glicosuria è stata constatata per la prima volta due anni prima. Una cura dietetica riuscì a far scomparire il sintoma, ma pochi mesi dopo la glicosuria ricompariva. Quando si inizia la cura, il 31 gennaio 1924, il bambino è magro (pesa kgm. 36, è alto cm. 156), è molto debole; lo zucchero nelle urine è nella percentuale del 5,84% e quello del sangue del 3,14‰. Le calorie necessarie al suo metabolismo basale (Harris e Benedict) sono calcolate a 1243: lo si sottopone alla seguente dieta: P. 25, G 103, CH 45 (70), Ca 1207, con la quale elimina circa 35 gm. di zucchero nelle 24 ore, indicanti quindi una tolleranza di circa 35 gm.: tolleranza peraltro che non è costante, perchè nei giorni successivi essa si riduce a 9, a 10,75, a 6,5. Il 7 febbraio con una dieta contenente complessivamente 40 gm. di idrati di Carbonio si cominciano a somministrare 10 unità di insulina: l'eliminazione nelle 24 ore è di 13,4 gm. di glucosio con una tolleranza quindi di 22,6. Come si vede dunque, siamo in presenza di un diabete piuttosto grave per quel che riguarda la tolleranza ai CH, la quale è bassissima. Si comincia allora ad aumentare le dosi di insulina e parallelamente la dieta (dal giorno 11 l'infermo non ha più zucchero nelle urine) e il 26 febbraio si raggiungono, cifra massima, le 50 unità di insulina (Lilly L) con una dieta costituita da P 35,6, G 149,8, CH 64,5 (100). Ca 1748: numero di calorie come si vede sufficientemente superiore a quello del metabolismo basale. La glicemia il 22-2-24 è di 1,71‰; le urine sono sempre prive di zucchero, e, tranne rari giorni intervallari con traccie minime, di acetone. Dal 1° marzo si riprende il cammino inverso mantenendo sempre con dei «menu» variati la dieta suddetta e scendendo a 48, a 45, a 40, a 38, a 35 unità il 14 marzo. Persiste l'aglicosuria; la glicemia il 15-3 è dall'1.45‰. Poi passati alle unità U se ne somministrano 23 unità. Con questa dose giornaliera e con una dieta leggermente aumentata specie per ciò che riguarda le proteine (P 50, G 158, CH 64 (110), Ca 1878), il 27 marzo 1924 si rinvia l'infermo alla sua città, essendo egli residente fuori di Roma. Da comunicazioni avute in data 5 agosto 1924 si sa che il bambino il quale già mentre era in Roma, usciva dalla Casa di salute, faceva discrete passeggiate, sentendosi in forze ed era aumentato di peso — 3 kgm. in due mesi — sta benissimo: al mattino fa dei bagni marini nuotando e vogando e nel pomeriggo fa lunghe corse in bicicletta; mangia assai abbondantemente con cinque pasti quotidiani (ha aumentato di un poco la dose di insulina) pesa attualmente kgm. 51 (un aumento dal gennaio di 15 kgm.).

Il caso però si presenta interessante più che per l'aumentata tolleranza ai CH, ciò che ha permesso la riduzione della dose di insulina, per una crisi ipoglicemica grave che è avvenuta durante il trattamento. Il giorno 7 marzo l'insulina Lilly, a nostra insaputa, è stata sostituita, mantenendo la stessa dose, con altra fabbricata in Italia e attualmente non in commercio. Inoltre la sera il paz. avvertendo inappetenza non ha mangiato, pur avendo avuto l'iniezione di insulina alle 18,30. Alle 19,30 circa compare malessere, vertigine, sudorazione profusa. La sindrome si aggrava rapidamente e alle 20 quando, chiamati d'urgenza, giungiamo al letto dell'infermo troviamo: perdita della coscienza, trisma, contrazioni toniche generalizzate, assenza dei riflessi, pupille midriatiche, polso piccolo. Cominciamo a somministrare subito bevande zuccherate (che non erano state ancora date, nonostante i nostri avvertimenti), le quali in principio sono in piccola parte ingerite; ma poi la somministrazione è impedita dal trisma. Intanto si praticano due iniezioni di andrenalina al millesimo. Verso le 20,45-21 si ricorre alla sonda nasale e si introduce una notevole quantità di soluzione zuccherata di cui però una parte viene riemessa col vomito. Verso le 21,45 il paz. comincia a migliorare nel polso, nelle contrazioni toniche e il miglioramento è rapido e progressivo. Alle 22 già l'infermo risponde a monosillabi, e alle 22,15 è seduto sul letto e, sebbene stanco, parla e dà la buona sera agli astanti.

Nelle urine emesse nella notte dopo l'accesso il glucosio è presente nella proporzione del 3,20‰. Il giorno successivo ha poche linee di febbre. Il giorno 9 la glicemia è dell'1‰; il giorno 10 del 0,8. Il trattamento insulinico fu interrotto dal 7 al 10, mentre fu data una dieta leggera, di 4 uova e 1/2 litro di latte; il 10 e l'11 la dose di insulina fu di 30 unità e la dieta un po' ridotta rispetto a quella prima dell'accidente; il giorno 12 si riprendeva il trattamento regolare nel modo che è stato riassunto più sopra.

***

I Casi V, VI e VII appartengono a diabetici di media gravezza che sono decorsi regolarmente e che hanno richiesto una dose media di insulina.

CASO V. — A. G., 56 a., donna di casa, maritata. Nel 1890 pleurite destra; nel 1920 ha cominciato ad avvertire notevole prostrazione di forze. Nello stesso tempo al perineo e alla regione interna delle coscie compaiono numerose piccole bolle a contenuto acquoso molto pruriginose: esaminate le urine fu ri-

scontrato diabete. È stata discretamente bene fino all'ottobre 1923, epoca in cui fu ricoverata al I Padiglione per un ascesso della spalla sinistra; qui fu di nuovo constatato zucchero nelle urine e perciò, guarita dell'ascesso, è trasferita nel nostro reparto. Da quando si è iniziata la malattia ha perduto circa 20 denti. Ha polifagia non polidipsia.

Entra nel nostro reparto il 18-12-23. L'esame obbiettivo è negativo. Lo zucchero nelle urine nelle 24 ore è tra 70 e 90 gm.; acetone e acido diacetico assenti.

Peso 59 kgm.; altezza cm. 156; età 56 a. Calorie necessarie in metabolismo basale (Harris e Benedict): 1350. Si fissa la dieta di prova seguente: P 45,3, G 116, CH 40 (80), Ca 1385. Tenuta questa dieta per 3 o 4 giorni si constata che la tolleranza oscilla tra 55 e 65. Si pone allora alla dieta: P 42,5, G 60, CH 18 (50), Ca 782; e con questa dieta si ottiene la scomparsa dello zucchero dalle urine. Dopo due giorni di assenza di zucchero si cominciano ad aumentare gli idrati di C (e i grassi) a 60, 70, 80, 90, somministrando rispettivamente 5, 10, 15 unità di insulina Lilly L e fornendo un nutrimento contenente circa 1500 calorie. L'urina resta sempre senza zucchero nè acetone. Così fino al 12 gennaio. In questo giorno nuovo progresso: P 47, G 144, CH 58 (100), Ca 1717; insulina 20 unità. In queste condizioni, e mantenendo sempre l'urina senza zucchero, l'inferma è dimessa il giorno 20 gennaio con la prescrizione della dieta e della dose di insulina suddetta.

CASO VI. — G. F. È un caso assai analogo al precedente. Il diabete data da dieci anni circa. La tolleranza agli idrati di Carbonio oscilla tra 60 e 70. Arrivati alla aglicosuria con la riduzione della dieta, si aumenta poi questa con l'aiuto dell'insulina. L'unica cosa notevole è che l'infermo è sotto la nostra osservazione dal 1° di marzo e cioè da più che cinque mesi, è rimasto sempre senza zucchero nelle urine (talvolta lievi traccie in rapporto con errori dietetici), fa quotidianamente una iniezione di 20 unità di insulina, è aumentato di peso (7 kgm.) e si sente benissimo, conducendo una vita molto attiva.

CASO VII. — G. S., donna di casa. La glicosuria è stata osservata per la prima volta nel novembre 1922. Fece per qualche mese una cura dietetica ma poco rigorosa e con scarso sucesso. Da un paio di mesi il suo fastidio principale è il prurito alla superficie interna delle coscie. Anni 47, kgm. 63, altezza 155: calorie previste in metabolismo basale 1325. Glicemia 3,75. Dieta di prova: P 40, G 113, CH 45 (80), Ca 1357. Messa a questa dieta si constata una tolleranza di circa 60 gm. di CH. Scesi allora con la dieta a P 42,5, G 81.7 CH 28 (60) si ottiene la scomparsa dello zucchero dalle urine. Dopo una settimana di osservazione si cominciano le iniezioni di insulina da 10 unità (Lilly L), che poi gradualmente si fanno salire a 30 unità. Con questa dose si somministra una dieta così costituita: P 44,3, G 125,4, CH 53 (90), Ca 1518. L'inferma resta sotto la nostra osservazione solo per un mese e mezzo. Rimane sempre senza zucchero nelle urine; è scomparso il prurito, si sente assai meglio.

* * *

Gli ultimi due casi sono di diabetici lievi, in cui si è cercato prima di far scomparire lo zucchero con la sola prescrizione dietetica; e ci si è infatti riuscito. L'indicazione per la cura insulinica ci è stata data in un caso da un ascesso di aspetto torpido che non tendeva a guarire; e nell'altro dal desiderio di dare una alimentazione meno ristretta di quello che era necessario per mantenere assenza di zucchero senza il farmaco.

CASO VII. — A. G., 72 a. Da 20 anni ha diabete: dice che questa malattia non le ha mai impedito di condurre la sua vita abituale perchè non ne ha avuto grandi fastidii. Ha sempre avvertito sete intensa, la quantità delle urine si sarebbe aggirata tra i due e i tre litri nelle 24 ore. Nel marzo 1924 polmonite; una iniezione di olio canforato ha provocato la formazione di un ascesso e per questo chiede ricovero all'Ospedale. Entra nel nostro reparto il 14 aprile 1924. L'esame obiettivo non presenta nulla di notevole, tranne i segni di un enfisema polmonare senile e la presenza di una grossa raccolta purulenta sulla faccia antero-laterale della coscia destra: ne viene fatta l'incisione nel primo giorno di degenza.

La glicemia che si riscontra nei primi giorni è di 2,9‰. Il metabolismo basale importa 1177 calorie; messa a una dieta analoga, si trova una tolleranza di circa 60 gm. di idrati di C. Ciò ci permette di darle un vitto presso a poco corrispondente alle calorie del suo metabolismo basale; ma esso è evidentemente insufficiente, e inoltre persistono sempre nelle urine delle tracce di zucchero, che talvolta salgono a 5-7 gm. nelle 24 ore, si ha diarrea, e, ciò che è peggio, l'ascesso non tende a guarire e dà continua secrezione. Dopo aver tentato anche qualche giorno di digiuno senza notevole risultato, il 25 maggio si cominciano a iniettare 4 unità di insulina che poi si portano a 6, a 8 e a 10 (il 1° giugno). Ciò ci permette di largheggiare un po' nell'alimentazione, fa scomparire lo zucchero dalle urine, e in dieci giorni porta a guarigione completa l'ascesso. L'inferma è stata tenuta in reparto fino al 22 giugno: il 12 si è sceso di nuovo a 8 unità, e con la prescrizione di questa dose e della dieta adeguata essa è stata dimessa. Lo zucchero non era più comparso; le condizioni generali erano assai migliorate.

Abbiamo avuto occasione di rivedere in questi giorni l'inferma: essa ha sospeso da circa un mese le iniezioni di insulina, ma persiste l'assenza di zucchero nelle urine.

CASO IX. — A. S., 47 a., cuoca. L'anamnesi precedente è negativa. Nel gennaio 1924 ha cominciato ad avvertire secchezza continua della lingue, debolezza generale, sete intensa. L'appetito non è aumentato, ma le urine sono divenute più abbondanti. Prima di quest'epoca pesavo 62 kgm. Visitata da un sanitario il 26 marzo 1924 le venne riscontrato zucchero nelle urine. Entra in reparto il 28

marzo 1924. L'esame obiettivo è negativo; la glicosuria è del 4,6%.

Peso kgm. 47; altezza cm. 152; età 47: metabolismo basale, calorie 1163; dieta corrispondente: P 30, G 101, CH 42 (70), Ca 1197. Messa a questa dieta, lo zucchero scompare subito dalle urine: però compare acetone. Si riducono allora i grassi e si aumentano gli idrati di Carbonio, tanto più che la tolleranza sale notevolmente e rapidamente, da 70 a 140. Si riesce a ottenere la scomparsa dell'acetone il 10 aprile con questa dieta: P 45,4, G 92, CH 103 (139), Ca 1421. Ma per la ricomparsa di lievi tracce di zucchero, dopo un giorno di digiuno, si discende alquanto, a P 40, G 94, CH 98 (130), Ca 1387.

In queste condizioni le urine non presentano nè zucchero nè acetone. Ma evidentemente è una dieta assai povera; e allora, visto che si trattava di un diabete leggero (la glicemia il giorno 18 aprile aveva dato 1,05‰), si pensò di aiutarlo con l'insulina: il 22 si cominciano a somministrare 5 unità di insulina L, e si porta la dieta a 1600 calorie. Quest'ultima può in seguito essere aumentata a 1700 e il 6 maggio a 2000 calorie facendo salire l'insulina a 8 unità; che poi passando all'insulina U. vengono ridotte a 6. Qualche volta durante questi giorni si sono trovate delle tracce di zucchero nell'urina, poi scomparse.

L'inferma è dimessa il 25 maggio con la prescrizione suddetta di 6 unità e con la dieta P 55, G 143, CH 115 (160), Ca 1960. Per dare un esempio, tale dieta poteva comprendere 3 uova, 100 gm. di carne, 125 gm. di pane, 150 di patate, 300 di verdura e 115 di burro. Come si vede un vitto sufficiente, variato e notevolmente ricco di idrati di Carbonio.

OSSERVAZIONI E CONCLUSIONI

La nostra esperienza è troppo scarsa per poterci permettere di rispondere alla domanda, spesso insistente, che tutti si rivolgono: qual'è il destino ulteriore di questi malati? E, innanzi al dato di fatto indiscutibile che la sospensione dell'insulina, dopo un certo periodo di cura, determina il più delle volte la ricomparsa della glicosuria, di fronte alla prospettiva di continuare le iniezioni per mesi e per anni, molti, specialmente nel nostro paese, vogliono negare ogni valore al nuovo medicamento e limitarne l'uso a due speciali indicazioni: il coma e le complicazioni chirurgiche del diabete. Altri si spaventano degli eventuali pericoli dell'ipoglicemia. Altri infine applicano l'insulina un po' a caso sempre in dosi piccole, senza fare il bilancio degli idrati di Carbonio, senza calcolare la tolleranza, e, constatato dopo 10 o 15 giorni uno scarso effetto, abbandonano la cura ritenendosi autorizzati a dichiarare che per lo meno in quel singolo caso non era giovevole.

Noi non siamo così pessimisti. A parte le indicazioni suddette che sono da tutti ammesse e che risultano anche dalla nostra casistica (casi I, III, VIII), noi riteniamo anzitutto che, quando si adoperino le elementari cautele e quando si segua con accuratezza l'infermo con l'esame quotidiano dell'urina, con quello a intervalli di tempo della glicemia, e col calcolo del bilancio degli HC, il pericolo della ipoglicemia è minimo, se pure esiste. E quanto a una cura continuativa del diabete con l'insulina noi vi siamo nettamente favorevoli, per le seguenti ragioni. Sta il fatto che il diabete è a tutt'oggi una malattia inguaribile, quindi a nostro modo di vedere sarà sempre opportuno approfittare di un farmaco il quale: *a*) rende praticamente il diabetico un individuo normale, facendo scomparire tutti i disturbi come prurito, foruncolosi, debolezza, nevralgie; *b*) impedisce l'insorgere di complicazioni di qualunque specie, e, ciò che più importa, elimina il continuo pericolo sovrastante al diabetico, cioè il coma; *c*) permette di somministrare una dieta abbondante che mantenga il malato in sufficiente nutrizione. In realtà fino ad ora si riusciva egualmente ad ottenere i primi due risultati, ma a caro prezzo, tagliando cioè senza pietà sul vitto e sulla quantità di calorie concesse al diabetico: è un enorme vantaggio quello che si ottiene con l'insulina, di fornire una dieta sufficiente.

L'esperienza, non solo nostra ma anche nelle altre nazioni, è troppo breve perchè si possa prevedere l'avvenire del diabetico curato con l'insulina. Dobbiamo però far notare che già nella nostra breve casistica, ma più ancora in quella numerosa di altri autori, si hanno dei casi in cui la dose di insulina è stata potuta gradualmente ridurre, fino talora alla soppressione completa. Ora è noto che con la cura dietetica finora usata, e che aveva lo stesso scopo immediato che si raggiunge con l'insulina, il mantenere cioè le urine prive di zucchero, se non si è avuta mai una guarigione, si è però spesso constatato un miglioramento della tolleranza agli idrati di Carbonio: nessuna meraviglia che questo miglioramento si abbia anche con l'insulina, quando questa abbia tenuto per lungo tempo il paziente senza glicosuria.

Esiste è vero l'inconveniente dell'iniezione quotidiana per mesi e mesi; esiste l'obbligo della sorveglianza da parte del medico; ed esiste — sebbene oggi assai diminuito — l'alto prezzo della droga. Nonostante queste obiezioni, noi riteniamo che sia prezzo dell'o-

pera il trattare il diabetico con l'insulina: riteniamo anzi questo farmaco come un vero dono che Banting e Best hanno fatto all'umanità sofferente.

Roma, 15 agosto 1924.

BIBLIOGRAFIA

1 BANTING F. G. e collaboratori. Canadian M. A. J., XII, 1922, pag. 141.
2 JOSLIN E. P. *The treatment of Diabetes mellitus*, III Ediz., Lea e Fibiger, Filadelfia e New York, 1923.
3 KELLOG J. H. Journal Am. Med. Assoc., 8 sett. 1923.
4 MAC LEAN H. *Modern methods in the Diagnosis and Treatment of Glycosuria and Diabetes*, II Ediz. Constable, Londra, 1924.
5 SHAFFER P. A. Jo. Biol Chemistry, luglio 1921, pagg. 433 e 449; nov. 1921, pag, 143; ottobre 1922, pag. 399.
6 WOODYATT R. T. Archives int. Med., XXVIII, 1921, pag. 125.
7 ZELLER Arch. f. Physiol., 1914, pag. 213.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Calcolo dell'uretere pelvico sinistro

per il dott. LUIGI MARZIANI, Ancona.

La non ricca letteratura italiana di osservazioni sulla calcolosi ureterale, mi induce a riferire il seguente contributo clinico:

E. O. contadina, anni 39, entra in clinica il 16 settembre 1923. Nell'anamnesi famigliare un figlio nefrectomizzato per calcolosi multipla renale sinistra. Circa 14 anni fa, incinta di sei mesi, nel fare uno sforzo provò un acuto dolore al fianco sinistro, che durò oltre 12 ore. Simili dolori si ripeterono 2, 3, 4 volte ogni anno, sempre durante gli sforzi ed avevano la durata da poche ore a mezza giornata. Negli ultimi anni, gli attacchi furono più frequenti sino ad uno ogni 15 o 20 giorni. Alcune volte le orine furono ematiche, e, dopo gli ultimi attacchi, lattiginose, torbidissime. Tre anni fa durante una crisi prolungata ebbe per tre giorni febbre elevata.

Esame obbiettivo. — Condizioni generali discrete, l'esame dei grandi apparati organici negativo. Si palpa il polo inferiore del rene sinistro lievemente dolente. Esame vaginale e rettale negativi. Orine: torbide con abbondante sedimento purulento. L'esame radiografico dell'apparato ordinario dimostra l'ingrandimento del rene sinistro e l'esistenza di un'ombra, allungata, tra il contorno della pelvi e la linea mediana, che viene attribuita ad un calcolo ureterale. Alla cistoscopia: vescica normale; il meato ureterico sinistro è lievemente adematoso, arrossato e slabbrato; eiaculazioni abbastanza limpide. A destra l'uretere si cateterizza senza difficoltà, a sinistra il catetere non progredisce oltre 4-5 cm. Dopo un'iniezione di indigo-carminio il bleu compare a destra dopo 7 minuti, sinistra dopo 3/4 d'ora, molto pallido. La concentrazione dei sali nel rene sinistro è minore che nel rene destro. L'eliminazione quantitativa dell'urea a sinistra è poco più scarsa che a destra. Azotemia 0,32 °/₀₀.

Sedimento dell'orina: rene sinistro; globuli rossi e leucociti, rare cellule pavimentose, fiocchi di muco-pus, cristalli di triplo-fosfato. Rene destro: numerosi globuli rossi perfettamente conservati, cristalli di ossalato di calcio, pochi leucociti e cellule pavimentose.

Ureterografia (iniezioni endoureterale di bromuro di sodio). Ombra cilindrica dalla vescica al polo inferiore dell'ombra del calcolo, al di sopra di questa l'ombra è assai meno opaca, è larga circa due cm.; e, costeggiando la colonna vertebrale, arriva sino all'ultima costa. Il bacinetto non s'inietta.

Confermata la diagnosi di calcolo dell'uretere sinistro, si opera.

Atto operativo (Caucci). Incisione obliqua iliaca sinistra (Kocker); si dissociano le fibre del grande obliquo e si seziona la sua aponevrosi, si dissociano i muscoli piccolo obliquo e trasverso, si seziona longitudinalmente la guaina del muscolo retto. Scollamento del peritoneo. Arrivati alla biforcazione dell'iliaca primitiva si scopre, accollato al peritoneo, l'uretere, uniformemente dilatato, della grossezza di un dito indice; nella pelvi, dissociando verso la vescica e nel parametrio, si scopre facilmente l'uretere per un tratto di 4-5 cm. di dimensione normale: nel tratto più esterno del parametrio, sulla faccia del piccolo bacino, si palpa un ispessimento duro del cellulare, nel quale fanno capo le due porzioni anzidette dell'uretere; sezionando questa atmosfera di periureterite fibro-lipomatosa, in direzione del nucleo duro centrale, il tagliente urta nel tessuto scabro del calcolo, che, con una sonda si enuclea; si esplora il tratto distale e prossimale dell'uretere; sutura con un punto a croce con catgut 00 riunendo il tessuto periureterale; drenaggio, sutura sub-totale della ferita parietale interessando tutti gli strati.

Calcolo scabro, nerastro, di forma irregolarmente ovoide simile ad un nocciolo di dattero, appiattito, con un solco longitudinale su d'una faccia, moriforme: costituito da ossalato di calcio; presente l'elemento colorante dell'orina, positiva la ricerca del sangue.

Decorso normale; solo in 7ª giornata compaiono poche goccie di orina alla ferita. Il 14 ottobre la paziente è dimessa completamente guarita.

I fatti sui quali mi sembra utile soffermarmi sono: riguardo la diagnosi radiografica e la tecnica operativa.

Anzitutto in ogni caso sospetto di urolitiasi occorre estendere l'esame radiografico a tutto l'apparato orinario, poichè la calcolosi ureterale può, clinicamente, simulare una calcolosi renale, od accompagnarsi a questa; a destra, in ispecie nelle sindromi dolorose poco chiare, è importantissimo eseguire tale esame, poichè non son pochi i casi di errore di dia-

gnosi tra appendicite e calcoli renali. Cause inoltre di errore, nella diagnosi radiografica, possano essere: calcoli biliari calcarei, calcoli appendicolari calcarei, calcoli intestinali, calcificazioni peritoneali, corpi estranei nell'intestino, appendici epiploiche calcificate, gangli calcificati del mesenterio, o retroperitoneali (specie se paravertebrali), concrezioni calcaree della mucosa vescicale, calcificazioni di legamenti del bacino, incrostazioni calcaree dei vasi, fleboliti, calcificazioni di un fibro-mioma uterino, medicamenti ingeriti a base di ferro o di bismuto (pillole di Blaud, pillole cheratinizzate di bismuto), ed i nei della cute che, per sovrapposizione, possano dare un'ombra sul decorso dell'uretere. In un caso operato dal Caucci, in seguito a diagnosi radiografica di calcolosi ureterale, si constatò una tubercolosi ureterale con calcificazione di un focolaio. Per ovviare a tali errori è perciò sempre necessario eseguire la radiografia accompagnata dal cateterismo opaco degli ureteri; e se così la sonda ureterale è in contatto con l'ombra di un calcolo, basterà, per avere tale conferma, spostare il tubo: in caso di pseudocalcolo, la sonda, nella radiografia successiva, non avrà più tale rapporto di sovrapposizione. Non bisogna però fondare tale diagnosi solo sulla fede dell'esame radiografico, specie se il cateterismo degli ureteri è stato fatto con una sonda rigida, poichè in casi di grande dilatazione ureterale, la sonda può essere lontana dal calcolo, e non pertanto essere questo entro il lume ureterale; per ovviare a questo errore basterà praticare il cateterismo a mezzo di una iniezione di soluzione opaca, in modo da riempire tutto il lume dell'uretere.

Come regola generale quindi, la diagnosi deve scaturire da un complesso di fatti e di reperti, mai sopra un solo dato, sia pure molto suggestivo, come sarebbe il semplice reperto radiografico.

Riguardo la tecnica operativa, diversi sono i metodi indicati, secondo la sezione dell'uretere da raggiungere. Per il tratto lombo-iliaco dell'uretere, l'incisione sarà quella ordinaria per l'accesso al rene, prolungata verso il pube; per il tratto pelvico dell'uretere abbiamo varie vie: la vaginale; dovendo però in tale intervento operare in un campo poco illuminato, e per la possibilità di una residua fistola uretero-vaginale, tale via non è consigliabile; la via sacrale, la via anale: ma anche tali vie, a meno di casi eccezionali, debbono far parte della storia, non offrendo vantaggi speciali.

La via intra-peritoneale, a mezzo dell'incisione soprapubica, è adottata più specialmente per plastiche e per impianti dell'uretere sulla vescica o sull'intestino.

Resta la via d'accesso extra-peritoneale, a mezzo dell'incisione iliaca o pararettale, seguente una linea che corrisponda alla proiezione sulla pelle del decorso ureterale; a mezzo di tale via noi possiamo aggredire l'uretere in qualunque sua porzione, e, per la ureterolitiasi, questa dovrebbe essere la via d'elezione. Per i soli calcoli del segmento ureterale intraparietale della vescica si può adottare la via trans-vescicale, e per quelli del meato, che protrudono nel lume vescicale, trattenuti solo da uno strato di mucosa, può tentarsene l'estrazione per via endoscopica, incidendo, se necessario, quel poco di mucosa che si oppone alla liberazione del calcolo.

Joung per la porzione intraparietale adotta la via trans-vescicale ed extra-peritoneale, scoprendo l'uretere pelvico e facendo su questo una piccola incisione per l'introduzione di una sonda, sulla guida della quale incide la parete vescicale, presso il meato ureterale, dall'interno della vescica aperta.

Nei più dei casi però la via extra-peritoneale, per incisione iliaca, resta sempre la più semplice e la meno pericolosa.

Mentre in vecchi trattati si consiglia che, senza altro, il più delle volte si deve ricorrere alla nefrectomia, nei casi di calcolosi ureterali, poichè i fatti pielitici non scompaiono dopo l'ablazione del calcolo, ora tale intervento è da adottarsi solo nei casi ove esista una idropionefrosi che comprometta la funzionalità dell'altro rene, e la vita del paziente, od in casi di calcolosi renale multipla, disseminata, e ciò perchè è sempre il calcolo ureterale che cagiona i maggiori disturbi, mentre una leggera pielite viene portata nel più completo benessere.

La sonda a permanenza non è stata da noi messa, poichè disturba, più che facilitare, il decorso della ferita ureterale, essendo causa d'irritazione, incrostandosi spesso di sali urinosi e, non raccogliendo tutta l'orina, non raggiunge lo scopo di mantenere asciutta la ferita.

I punti di sutura dati nel tessuto ureterale possono, in alcuni casi nuocere alla nutrizione della parete ureterale, perciò è consigliabile, come è stato fatto nel nostro caso, di avvicinare i lembi della ferita per mezzo di punti interessanti il tessuto periureterale.

L'operazione è stata anche praticata in anestesia locale (Sampson), ma è preferibile la rachianestesia, o la narcosi eterea, per avere un

completo rilasciamento della parete addominale, fattore esenziale per il buono e rapido andamento dell'operazione.

BIBLIOGRAFIA.

O. UFFREDUZZI. Archiv, It. di Chirurgia, v. I, fasc. 2-3, 5 dicembre 1919.
CHATELIN. XXI Congrès français de Chirurgie. Paris, 2-7 ottobre 1922.
G. MARION. *Traité d'Urologie*, V. I e II, Masson, Paris, 1921.
A. BUSI. *Tecnica e diagnostica radiologica delle malattie chirurgiche*. U. T. E. T., 1923.
I. SAMPSON. Ann. of Surg., 1905, V., XLV.
BIER, BRAUN, KUMMEL. Chirurgische Operationslehre, Band. III, Leipzig, 1923.

NOTE DI TECNICA.

Contributo alla tecnica microscopica per la colorazione dei preparati di sangue sui vetrini portaoggetti.

Dott. GIORGIO PETTA
assistente degli Ospedali riuniti di Roma.

La colorazione dei preparati di sangue su portaoggetti si fa comunemente con i metodi di May-Grünwald, Maij-Grünwald-Giemsa secondo Pappenheim, Romanowski, Leishmann.

In tutti questi metodi di colorazione, quando si versa sul preparato la soluzione colorante, questa rapidamente si spande su tutto il vetrino, ne oltrepassa quasi sempre i margini e passa al disotto di esso. Quando poi si aggiungono le gocce di acqua distillata, questa segue la via tracciata dall'alcool metilico e quasi tutto il colore si versa fuori del vetrino.

Quando parte della soluzione dell'alcool metilico va così perduta, la parte che resta sul preparato evapora troppo presto lasciando una patina che occorre discioglierе, coll'aggiunta di altre gocce della soluzione colorante, prima di far cadere l'acqua distillata.

Tutto ciò porta alla facile formazione di numerosi precipitati che spesso rendono i preparati poco presentabili.

Per questo inconveniente e per evitare le macchie di colore sulle mani e sul tavolo di lavoro, occorre limitare la diffusione del liquido al tratto del portaoggetti su cui è disteso il sangue da colorare.

Si raggiunge lo scopo passando lo spigolo di un pezzetto di paraffina lungo i margini longitudinali del vetrino ed agli estremi dello striscio che si vuole utilizzare per la colorazione. La paraffina lascia una traccia continua, larga 1-2 mm., che circoscrive la superficie da colorare, e forma una barriera contro la diffusione della soluzione colorante.

La paraffina non si discioglie nell'alcool metilico e non disturba affatto la colorazione. Quando il preparato si deve conservare o presentare, la traccia di paraffina si leva meccanicamente con facilità per mezzo di un tamponcino di garza asciutto.

Questo mezzo d'evitare lo spandimento delle soluzioni coloranti dal vetrino portaoggetti non è riportato in nessuno dei libri di tecnica microscopica d'uso più comune: R. Abel, Schmorl, Sahli, Celli, Daddi, Ferrata, Pappenheim. Se pure adoperato da altri non è certamente d'uso generale.

Esso riesce realmente utile perchè evita lo spandimento del colore e facilita perciò il maneggio dei preparati, permettendo di ridurre il tempo della colorazione esattamente ai minuti prestabiliti; dà così maggiori probabilità d'ottenere preparati nitidamente colorati.

È questa la ragione per cui ho ritenuto opportuno comunicare questo piccolo particolare di tecnica.

SUNTI E RASSEGNE.

ARTICOLAZIONI.

Le artriti croniche non tubercolari dell'anca.

(G. MASSABUAU. *Paris Médical*, n. 29, 1924).

Esistono, oggi ben riconosciute, delle artriti croniche dell'anca che debbono essere separate dal quadro della coxotubercolosi nel senso che se anche la tubercolosi può entrare nella loro patogenesi, fatto questo molto discusso, per lo meno non determina la lesione caratteristica: il tubercolo con la sua evoluzione verso il rammollimento e la distruzione ossea. L'identificazione di queste *false coxalgie* è ancora irta di difficoltà nonostante il contributo notevole di alcuni lavori recenti. L'A. ha osservato una quindicina di casi di falsa coxalgia, che ha studiato con tutte le indagini di clinica, di radiologia e di laboratorio, e le raggruppa in tre categorie:

1. *Artriti caratterizzate da una osteite rarefacente dell'estremità superiore del femore e del cotile.*

Si iniziano nell'età infantile con crisi dolorose fugaci e leggere in un'anca, e si rivelano presto con una zoppìa che nei primi tempi è insignificante, ma che poi diviene notevole al punto da costituire l'elemento clinico più appariscente. Quando l'anamnesi è oscu-

ra si pensa a una lussazione congenita dell'anca, e spesso la radiologia autorizza questa interpretazione: l'estremità superiore del femore e il bordo del cotile sono atrofizzati da una osteite rarefacente, e la testa femorale, che spesso conserva la regolarità del contorno, ha subito una ascensione in alto e in dietro. La manovra di riduzione classica è facile, ma il traumatismo operatorio aggrava e accelera la lesione fino a determinare una rapida scomparsa, per riassorbimento atrofico, dell'estremo superiore del femore. La patogenesi di queste coxiti è oscurissima: la loro immagine radiologica richiama alla mente le lesioni studiate nella spalla da Volkmann e descritte col nome di *carie secca* la cui natura tubercolare non è affatto dimostrata. Si pensa alla tbc. attenuata, alla sifilide, alle grandi infezioni, ma senza prove sicure. Più verosimilmente si tratta di una disfunzione endocrina, come sembra provare qualche osservazione di Froelich e dell'A.

2. *Artriti caratterizzate essenzialmente da una deformazione del nucleo epifisario della testa femorale (epifisite femorale sup. di alcuni autori).*

Per queste forme vi sono le più grandi controversie. Tuttavia, eliminando alcune artriti della coxa vara osservate nei giovani, che hanno evoluzione e caratteri particolari clinici e radiologici, bisogna considerare due tipi: l'osteocondrite dell'anca o coxa plana, e l'artrite deformante giovanile.

La storia clinica è identica: dolori di intensità variabile, una zoppia leggera, una certa limitazione dei movimenti dell'anca, specie dell'abduzione e della rotazione, e talvolta una attitudine viziosa dell'arto. Il riposo di 1 o 2 settimane seda i dolori e fa scomparire i disturbi funzionali, che però ricompaiono dopo un certo tempo di vita normale. Per la distinzione sono stati indicati argomenti eziologici e radiologici: l'ostecondrite, si dice, è una malattia dell'infanzia, che compare a 5-6 anni, mentre l'artrite deformante è una malattia dell'adolecenza, tra i 10 e i 12 anni. Questi argomenti hanno scarso valore. L'anatomia patologica potrebbe permettere la differenziazione, ma è un dato eccezionale. Bisogna dunque attenersi alle immagini radiografiche che nell'artrite deformante mostrano lesioni atrofiche rappresentate da usura delle cartilagini di accrescimento, da lesioni ipertrofiche del nucleo epifisario che assume l'aspetto di fungo, di tampone di vagone, ecc., da ispessimento irregolare del ciglio del cotile, da esostosi cervicali, e nelle osteocondriti da lesioni essenzialmente cartilaginee che conducono all'appiattimento della testa femorale, coxa plana. La differenza di questi aspetti giustificherebbe la distinzione assoluta fra i due tipi (Sorrel), ma non è accettata da tutti.

Così Nové-Josserand, Tavernier hanno riferito dei casi che stanno in favore di una dottrina unitaria, e hanno sostenuto che uno stesso fattore eziologico, infiammatorio o distrofico, può determinare lesioni della testa femorale di aspetto variabile secondo l'età del paziente: nel bambino appiattimento della epifisi, caput planum; nell'adolescente ipertrofia della testa e del collo. Osteocondrite e artrite deformante sarebbero delle epifisiti a cui possono aggiungersi secondariamente fenomeni di artrite. Alcune osservazioni dell'A. inducono ad accertare l'opinione di coloro che, con Nové-Josserand, vedono nelle false coxalgie delle *epifisiti iniziali*, dovute, secondo Ombrédanne, a un disturbo della attività osteoformativa e osteoregolatrice della cartilagine di congiunzione.

La deformazione della testa può differire per il fatto che la lesione colpisce un nucleo epifisario cartilagineo, o più tardi una cartilagine già ossificata. Circa la possibilità che l'origine di queste pretese epifisiti sia in una sublussazione congenita dell'anca non riconosciuta, l'A. dice di aver constatato l'assenza dello spostamento della testa femorale e la integrità costante dell'arco cervico-otturatorio.

3. *Artriti croniche con radiografia normale.* — Appaiono gli stessi segni clinici delle forme precedenti, ma l'esame radiologico è negativo — e così pure le ricerche di laboratorio per la sifilide. La concezione più verosimile al riguardo è quella di Broca il quale ammette per la maggior parte di queste forme una infezione generale leggera e fugace, spesso non rilevata.

Egli avrebbe trovato spesso la varicella nell'anamnesi prossima di alcuni fanciulli malati. L'A. è tratto a dare importanza, per alcune osservazioni personali, alla osteomielite attenuata: lo stafilococco non fa che sfiorare l'osso, e l'artrite che ne risulta è leggera, e si rileva con sintomi attenuati di coxalgia. La radiografia è generalmente negativa, ma in alcuni casi più tenaci può svelare, dopo un certo tempo, un leggero allungamento del collo femorale che si pone in coxa valga più o meno accentuata.

Riassumendo: al di fuori della tbc. e della sifilide, bisogna cercare spesso la ragione di queste *artriti croniche dell'anca da causa indeterminata*, come le ha chiamate Sorrel, in una localizzazione nell'articolazione coxofe-

morale di una infezione generale attenuata, della quale l'artrite è una manifestazione tardiva.

Un certo numero di casi è dovuto, secondo l'A., alla osteomielite attenuata.

A. PICCINELLI.

Interruzione operatoria del muscolo gran dorsale nella lussazione abituale della spalla.

(HOFMANN. *Zeit. f. Chirur.*, 1924. p. 388).

Sono note le difficoltà del trattamento chirurgico della lussazione abituale della spalla. Metodi che mirano al consolidamento dell'articolazione, come il pieghettamento della capsula e simili, difficilmente raggiungono lo scopo. Per di più questi interventi sull'articolazione e sui tessuti para-articolari sono sproporzionatamente gravi e possono — volente o nolente il chirurgo — condurre anche all'anchilosi. I metodi — ortopedici ed operatorii — fin'ora suggeriti per la lussazione abituale pura, si riferiscono sopratutto ad un'articolazione ipermobile, e cercano di avviare all'ipermobilità rimpiccolendo o raccogliendo la capsula, oppure fissandola. C'è però un fattore che rimane inconsiderato: la trazione muscolare attiva che pure nell'insorgenza di certe fratture (frattura trasversa della rotula) ha un'influenza riconosciutamente decisiva e che verosimilmente è della massima importanza anche nella lussazione primaria. Alla trazione muscolare si riconosce soltanto il significato di momento occasionale, non di causa determinante. Eppure è facile ammettere che la trazione immediata, improvvisa di un forte muscolo o di un gruppo di muscoli sia capace di far lussare una testa articolare dalla cavità che la contiene.

Ammesso questo meccanismo è aperta una nuova via per la guarigione della lussazione recidivante: eliminazione del momento causale, cioè interruzione trasversale del muscolo in causa.

Un epilettico con lussazione abituale descriveva che al principio dell'attacco epilettiforme si sentiva tirare fortemente il braccio in dietro, indi perdeva la conoscenza e al ridestarsi c'era già la lussazione.

In un altro paziente, gracile, ma non epilettico, che soffriva di lussazione abituale della spalla destra da tre anni, per modo che, non solo non poteva usare il braccio, ma doveva costantemente curare di tenerlo in giusta posizione di riparo addotto al tronco, Hofmann eseguì l'operazione ideata, che è molto semplice.

Una incisione lunga un buon dito al margine esterno della scapola, che interessa pelle, grasso e aponévrosi. Sollevamento del grande dorsale in tutta la sua larghezza dal piano sottostante e sezione trasversa di esso; rimanendo a più di un palmo dall'attacco del muscolo al braccio. Riunione della ferita cutanea e semplice bendaggio su posizione leggermente abdotta. Il bendaggio fu tolto dopo 10 g. per escludere la possibilità che una fissazione prolungata dell'articolazione avesse ad evitare temporaneamente la rilussazione mentendo un miglioramento.

Il risultato si manifestò subito con la scomparsa dell'atteggiamento forzato del braccio. Nei movimenti esso è limitato soltanto all'indietro. Da sei mesi non si ha ancora recidiva. L'A. la ritiene impossibile anche quando il gran dorsale avesse a funzionare fino a un certo punto per mezzo di cicatrice connettiva. Con altre operazioni invece aveva visto la recidiva già dopo poche settimane.

Un altro caso fu poi operato dall'A. egualmente con buon risultato.

Nella rara lussazione posteriore bisognerebbe per analogia, interrompere il grande pettorale.

B.

Le nodosità iuxta-articolari. Distribuzione geografica, etiologia, cura.

(Prof. E. JEANSELME. *Paris médical*, 15 marzo 1924).

Sono dei noduli sottocutanei, rotondeggianti, isolati o a gruppi, aventi sede in prossimità delle articolazioni e delle creste ossee. Indolenti, duri e spostabili possono eccezionalmente rammollirsi e fondersi con esito in cicatrice.

Le nodosità giustarticolari, segnalate per la prima volta dal Lutz alle isole Hawaï nel 1891, furono in seguito studiate dal Jeanselme, il quale ne tracciò per primo l'esame istologico.

L'area di distribuzione geografica è notevolmente estesa comprendendo, ad eccezione dell'Europa, quasi tutti i paesi del mondo. I focolai più vasti trovansi nella penisola indocinese, nelle isole Hawaï e della Sonda, nel Madagascar e isole viciné, nell'Africa settentrionale, occidentale e equatoriale e nel Brasile. In Europa un unico caso autoctono se ne conosce descritto recentemente dal De Quervain in Svizzera.

Le nodosità giustarticolari colpiscono indifferentemente ambo i sessi; più frequenti fra le razze di colore, non risparmiano però anche i bianchi.

Clinicamente si presentano al principio di volume ridottissimo e affondate nel cellulare

sottocutaneo: alcune sono mobili, altre sembrano invece aderire al periostio dal quale forse prendono origine. In seguito, esse divengono più superficiali e, facendo corpo con la pelle, finiscono col formare eminenze a guisa di castagne, di consistenza dura. Il tegumento che le ricopre non subisce alcuna essenziale modificazione.

I noduli assumono quasi sempre una disposizione simmetrica ed occupano di preferenza il lato esterno degli arti, sormontano le eminenze ossee e si raggruppano in vicinanza delle articolazioni. Sedi di predilezione sono: il malleolo est., la testa del perone, la tuberosità ant. della tibia, le regioni trocanteriche e sacro-coccigee, l'olecrano, l'epitroclea, l'acromion, la superficie dorsale delle dita delle mani. Le zone soggette ad irritazioni meccaniche ripetute sono particolarmente predisposte a divenire punto di origine dei tumori.

Soggettivamente l'affezione non è accompagnata da sintomo alcuno. Tutt'al più, ove i noduli raggiungano dimensioni voluminose, possono insorgere disturbi di natura meccanica. Al pari delle gomme, gli elementi nodulari possono rammollirsi ed ulcerarsi: i noduli aperti, lasciati a sè, dànno esito a suppurazioni interminabili; sotto l'influenza della cura cicatrizzano invece rapidamente.

Gli esami istologici (Jeanselme, van Dijke e Oudendal) praticati su frammenti di noduli intatti lasciano distinguere tre zone: una interna o di degenerazione; una esterna o di reazione infiammatoria e una terza intermedia di transizione. Van Dijke e Oudendal considerano la lesione primordiale un tessuto infettivo di granulazione in cui il processo infiammatorio cronico o subcronico ha il suo punto di partenza intorno ai vasi. Grande è l analogia con le lesioni sifilitiche.

La natura delle nodosità giustarticolari non è stata ancora delucidata: recenti constatazioni permettono tuttavia di restringere il campo delle ipotesi relative alla loro patogenesi. Siamo di fronte ad una micosi o ad una spirochetosi?

Prescindendo da quelle ipotesi le quali negano ogni carattere di specificità all'affezione ricollegandola di volta in volta agli igromi, alla filariosi o ad antichi focolai gommosi o tubercolari (etiologia complessa che mal si adatta alla uniformità morfologica e strutturale delle nodosità); la teoria micosica è stata sostenuta da alcuni autori (Fontoynont, Carougeau, Gougerot) in base ai reperti di una varietà di fungo del genere «Discomyces». Però il vero ufficio patogeno di questo parassita non è stato potuto dimostrare e successive ricerche di altri autori non poterono confermarne il reperto.

Più numerosi sono gli argomenti in favore di un'origine spirochetica: essi sono dati: 1) dalla straordinaria frequenza della sifilide o della framboesia negli antecedenti di infermi di nodosità, dalla coesistenza con queste ultime di manifestazioni in atto di tali spirochetosi e dall'elevata percentuale di positività della r. W.; 2) dalla presenza di spirochete constatate con l'impregnazione di argento sia nel tessuto fibroso delle nodosità (van Dijke e Oudendal), sia nel liquido dei noduli rammolliti (Clapier); 3) dai buoni effetti dei medicamenti che agiscono sulle spirochetosi, in particolare degli arsenobenzoli.

Ciò posto tre ipotesi possono essere emesse: le nodosità giustarticolari sono delle manifestazioni framboesiache, sifilitiche o di altra spirochetosi ignorata?

Numerosi sono i partigiani della teorica pianica e le statistiche pubblicate dai medici coloniali delle regioni ove l'endemia pianica imperversa, dimostrano l'alta percentuale di individui framboesiaci tra i varii casi di nodosità. Anche i caratteri morfologici delle spirochete osservate dal Clapier somigliano grandemente a quelli del «treponema pertenue».

D'altro lato esiste però una grave obbiezione rappresentata dal fatto che, mentre il pian rimane press'a poco confinato alle regioni esotiche, le nodosità giustarticolari sono state invece descritte di frequente in paesi ove il pian è quasi sconosciuto.

La teoria sifilitica raccoglie egual numero di sostenitori. Ripetute osservazioni accennano alla coincidenza di manifestazioni sifilitiche (per lo più del periodo secondo-terziario) con la comparsa di nodosità giustarticolari. Talvolta venne perfino osservato un parallelismo nell'evoluzione e decorso delle due affezioni. Un ulteriore sostegno a questa teoria è dato poi dal fatto che non esiste, a conoscenza dell'A., un solo caso di lesione iniziale della sifilide insorto in soggetti portatori di nodosità giustarticolari. Se con ciò potesse ottenersi la prova della refrattarietà di tali infermi alla sifilide, la questione dell'etiologia realizzerebbe un progresso notevole.

Il De Quervain ha inoltre descritto un caso di nodosità clinicamente e istologicamente accertato in un individuo nato e vissuto durante tutta la vita nei dintorni di Berna e nel quale esistevano fondate presunzioni circa la presenza della sifilide in base ad un precedente ictus ed alla r. W. ripetutamente positiva.

Concludendo, nonostante ciò, il problema etiologico è ancora lungi dall'esser risolto e

alla domanda perchè le nodosità giustarticolari (ammesso che abbiano origine dalla sifilide) siano rarissime in Europa (l'unico caso è quello del De Quervain) non siamo in grado di rispondere. L'ipotesi di una spirochetosi autonoma non deve essere scartata.

La scoperta della cura specifica dell'affezione venne effettuata casualmente su dei sifilitici i quali, nel corso di una cura, videro con sorpresa regredire in breve tempo le nodosità da cui erano affetti. I K, Hg e arsenobenzoli sortiscono in genere i medesimi buoni effetti. Circa la durata del trattamento è prematuro fornire regole precise: così nulla ancora sappiamo circa la possibilità di recidive.

M. AGOSTINI.

La produzione medica italiana nel 1923.

Nella *Deutsche medizinische Wochenschrift* (15 settembre 1924) il prof. H. Jastrowitz, di Halle a S., fa una rassegna della parte più signifiicativa della produzione medica italiana durante il 1923.

Motivo di particolare soddisfazione per noi, è il rilevare che, per la compilazione della sua rivista, l'A. si è servito esclusivamente degli originali e delle recensioni del *Policlinico* (*Zusammengestellt nach Originalien und Referaten der «Policlinico»*, dice il titolo). il che dimostra l'estimazione di cui gode il nostro giornale fuori d'Italia.

E ciò prova altresì che esso, non soltanto nelle intenzioni, ma nel concetto in cui è dovunque tenuto, rappresenta uno specchio fedele della produzione medica italiana ed offre ai lettori la possibilità di seguire i progressi che si compiono nelle scienze mediche.

L'A. premette alcune considerazioni generali, in cui nota le differenze esistenti fra la letteratura medica italiana e quella tedesca, differenze dalle quali dipendono i giudizi disparati che si odono in Germania sulla nostra produzione scientifica. Questa, osserva l'Autore, va giudicata invece tenendo conto delle diverse condizioni dei due paesi, per cui la relativa attività scientifica deve essere diversa. L'Italia non possiede installazioni di grandi laboratori e di grandi ospedali nella stessa misura della Germania, e si comprende perciò che la parte puramente scientifica passi in seconda linea, come del resto lo prova il fatto che le riviste schiettamente scientifiche sono in Italia molto meno numerose che in Germania. Prevale invece in Italia la tendenza alla parte pratica e alla casistica, la quale, più che in lavori clinici svolti con disquisizioni teoretiche, si esplica in piccole comunicazioni, per lo più accompagnate da ricerche biologiche, da considerazioni cliniche e dalla critica della relativa letteratura.

Diffusa è la ricerca di sintomi patognomonici; le reazioni sulle urine, i segni fisici, vengono accuratamente studiati e pesati nel loro giusto valore. Vi sono poi dei contributi puramente teoretici, a contenuto speculativo, che attestano il geniale spirito degli italiani.

Le relazioni intellettuali con la Germania sono dimostrate dalle numerose citazioni di opere tedesche. L'A. trova che, dopo la guerra, sono diventate assai frequenti anche le citazioni francesi. (La bibliografia italiana è piuttosto internazionale).

Queste caratteristiche, che l'A. vede nella nostra letteratura medica, fanno sì che la sua rivista rifletta prevalentemente lavori sopra casi patologici rari oppure sopra argomenti che offrano un reale interesse pratico.

***

Grande attenzione viene rivolta in Italia agli studi sulla *malaria*. Numerosi studi sono stati compiuti sulla *cinconina*, di cui Silvestri ha riconosciuto che la tossicità apparentemente maggiore è dovuta solo ad una maggiore rapidità di assorbimento e che l'efficacia è comparabile del tutto a quella della chinina. Essa è raccomandabile nei casi di idiosincrasia alla chinina e nella tendenza all'emoglobinuria, tanto più che con l'iniezione non si provoca necrosi. Filippella la trova praticamente utile, in combinazione con la chinina, nei casi con imminente pericolo di vita, ed anche in considerazione del suo basso prezzo. Buoni successi ha avuto Fiorentini nella malaria infantile.

Interessanti sono le ricerche di Pontano sulla *trasmissione della malaria mediante le semilune*, che determinano sempre forme più resistenti di quelle che si hanno con l'inoculazione di schizonti. Sono da rilevare le osservazioni di Cignozzi sulle indicazioni della *splenectomia* nei malarici. Sulla *radioterapia* della malaria, vengono citate le conclusioni della Commissione incaricata di studiare l'argomento.

Accanto alla malaria, desta grande interesse in Italia il problema della *tubercolosi*, a proposito della quale l'A. rileva l'osservazione interessante dal punto di vista casistico di Manfredo Ascoli sopra un'*artrite tubercolare cronica deformante del ginocchio*, in cui, alla resezione, si scoprì un'antica forma tu-

bercolare guarita, che aveva portato modificazioni periarticolari secondarie. Vengono poi citati gli studi di Parodi sulla importanza della *cutireazione locale.*

Un'altra malattia socialmente importante, la *sifilide*, interessa soprattutto dal punto di vista igienico, in riguardo al quale l'A. riporta le recenti disposizioni di legge ed i desiderata riguardanti la visita prematrimoniale. Molti lavori sono stati dedicati alle moderne reazioni di floculazione, che, in generale, confermano le esperienze fatte in Germania. Nella parte terapeutica, molti lavori vennero fatti sui preparati di bismuto, per i quali si provarono prodotti italiani e francesi. L'A. esprime il desiderio che ne vengano sperimentati anche di quelli tedeschi.

Anche altre malattie infettive hanno dato occasione a studi importanti. Sono da citarsi la *tifoide*, con il caso della *malattia di Take Jonesco*, descritta da E. Marchiafava e A. Nazari; la *febbre di Malta*, a proposito della quale Trenti ha saggiato con successo la cutireazione, fatta con l'iniezione intracutanea della brodocultura. La diffusione della *dissenteria amebica* nella Sicilia orientale, specialmente per contagio familiare, è stata messa in luce da Izar, mentre Jemma, in uno studio sintetico sulla *leishmaniosi infantile*, ha dimostrato la necessità di ricercare i parassiti nel midollo osseo e nella milza per un'esatta diagnosi, nonchè l'utilità terapeutica del tartaro stibiato. Sopra una particolare *febbre eruttiva sporadica*, Filippella ha pubblicato alcune osservazioni (precedute da altre di Falcioni, Carducci, Cesari), a proposito delle quali l'A. fa osservare che, secondo la sua esperienza, vi sono casi di tifo esantematico che decorrono con sintomatologia analoga a quella descritta e che quindi sarebbe da accettarsi solo con riserva l'esistenza di una nuova entità clinica di febbre eruttiva.

L'A. cita i lavori sull'*encefalite epidemica* di Persani, Lucherini, Sabatini e Sartorelli, nonchè quelli di Volpino e Racchiusa sulla eziologia, e ne rileva l'interesse.

Negli studi di *neurologia* pura, secondo l'A. prevale la parte casistica.

Nel campo dell'*immunologia* e della *batteriologia*, l'A. rammenta i lavori di Auriccio sulla profilassi antipertossica col vaccino del bacillo specifico, di Puntoni sulla lunga vitalità del vibrione colerico e d'altri germi in tubi sigillati, di Polettini sull'isolamento del pneumococco, di Hajos sul trattamento dell'ossiuriasi per mezzo di salvarsan e neosalvarsan somministrati per bocca.

Menzionata è anche l'osservazione di Ancona sopra un'epidemia di asma da *Pediculoides ventricosus.*

Vengono ricordate le relazioni del Congresso di medicina interna sulla tubercolosi, di Maragliano; sul diabete insipido, di M. Ascoli; sull'insulina, di V. Ascoli; sull'eziologia dell'endocardite lenta, di Trenti; sulle malattie cardiache, di Barlocco.

Fra le numerose ricerche sperimentali, sono ricordate anche quelle di Pirondini e Albano sopra un nuovo apparecchio per la determinazione dell'anidride carbonica dell'aria alveolare, di Nuvoli sulla produzione di fenomeni rachitici per irradiazione dell'ipofisi, di Mattei sulle vitamine dei funghi, di Meldolesi sulla uabaina, di Lombroso sull'azione idrolitica per i grassi e gli zuccheri della soluzione di Ringer, dopo il passaggio a traverso il pancreas.

Naturalmente noi riassumiamo per sommi capi.

***

L'articolo di Jastrowitz mette in rilievo buona parte degli studi e dei lavori italiani del 1923 con criteri di obiettività e, quando se ne offre l'occasione, con una critica serena e cordiale. Evidentemente, non tutto quello che di importante si è prodotto in Italia poteva essere condensato in poche colonne della *Deutsche;* pure questo accenno è già di per sè stesso bastevole a dimostrare ai molti che ancora non lo sanno, che in Italia si lavora con operosa serietà e che si produce qualche cosa di degno, meritevole di essere ricordato e discusso.

Risulta all'evidenza, nella rivista di Jastrowitz, il notevole contributo di studi, che la Clinica medica di Roma ha portato sotto l'impulso del prof. V. Ascoli e mercè l'attività del personale, con i nomi di Pontano, Sabatini, Silvestri, Meldolesi, Trenti, Ghiron ed altri.

L'abbozzo che della nostra produzione medica ha delineato l'A., è destinato — egli dice — a dare un'idea dell'operosità intellettuale della terza Italia, che tende con tutte le sue forze a rinnovare gli splendori della medicina che la irradiarono nei tempi passati. E facciamo nostro l'augurio dell'A., che una migliore conoscenza della nostra attività e della nostra serietà di intenti, valga a promuovere, con un vicendevole scambio di idee, il progresso degli studi scientifici, in pro' dell'umanità sofferente.

Fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI

MINISTERO DELL'INTERNO. DIREZIONE GENERALE DELLA SANITÀ PUBBLICA. *La Malaria in Italia e i risultati della lotta antimalarica.* (Testo in ital. e in francese). Vol. in-4° gr. di p. 71, con prospetti, diagrammi e cartogrammi. Roma, Libreria dello Stato, 1924.

Questa relazione instaura, se non andiamo errati, una direttiva che vorremmo veder seguita con valida operosità: la pubblicazione di monografie ufficiali sui singoli problemi igienico-sanitari che interessano la vita nazionale.

Valga di modello l'Inghilterra, ove le pubblicazioni del genere si susseguono ininterrotte. È vero che in Inghilterra gli organi centrali della sanità dispongono di una larga dovizia di mezzi; noi invece, pur troppo, ci dibattiamo tra le distrette economiche; ma dobbiamo adoperarci a superare questa difficoltà. Intanto la relazione di cui ci occupiamo prova come la nostra Direzione di Sanità si sia già messa all'altezza dei tempi e confidiamo che essa saprà mantenere la posizione raggiunta.

Questa relazione è copiosamente documentata, redatta con precisione e con metodo.

Essa fa il bilancio della malaria nel nostro Paese. Prospetta dapprima l'epidemiologia, cioè la distribuzione nello spazio e l'andamento nel tempo; poi esamina i mezzi di lotta adoperati per affrontare e risolvere il vasto problema, il quale non è soltanto sanitario, ma anche economico e sociale: grandi bonifiche, chininizzazione curativa e profilattica, difesa meccanica, campagne antianofeliche ecc. Quando si presentava un nuovo mezzo di lotta, non si è mancato di farlo prendere in esame per valutarne l'efficienza: così nei riguardi dei raggi X.

L'impostazione della lotta ci sembra ottima, se non sempre perfetta. È da rilevare che l'organizzazione non è stata sfaldata e diminuita dalla molteplicità degli organi e dei poteri cui è affidata, in quanto la Direzione di Sanità ha saputo compiere un'opera assidua e avveduta di collegamento e di coordinazione con i Ministeri dei Lavori Pubblici, dell'Economia nazionale, della Guerra, della Marina, con la Croce Rossa, con gli Enti locali ecc., dando prova di molta larghezza di vedute, di tatto e di tranquilla e sicura fermezza.

Nell'insieme, possiamo essere soddisfatti dei risultati conseguiti: dobbiamo riconoscere che le deficienze sono inerenti alla natura stessa del problema.

La relazione è preceduta da una breve prefazione del dott. Lutrario.

La Direzione Generale della Sanità merita un plauso per avere compiuto questa affermazione di modernità e per l'esposizione obbiettiva dello stato attuale del grave problema e dei notevoli risultati conseguiti, risultati non ben noti e ben valutati dal pubblico e dagli stessi studiosi.

Con questa pubblicazione la Direzione Generale della Sanità intende di non lasciare nell'ombra quanto viene da essa alacremente compiuto; si sente in grado di affrontare, alla luce del sole, le sue gravose responsabilità e di esporle alla critica, la quale sarà d'incitamento a migliorare e a progredire.

La pubblicazione è molto bene riuscita anche dal lato tipografico: con un termine francese, la diremmo « superba ».

L. V.

F. ABBA. *Manuale tecnico di miscroscopia e batteriologia,* applicato alla vigilanza igienico-annonaria, diagnosi e profilassi delle malattie infettive. Due vol. di pag. 375 e 536, con 458 fig. S. Lattes e C. editori. Torino Genova. L. 100.

Il manuale del prof. Abba è ben noto a chiunque si sia occupato di questioni inerenti ai laboratori di igiene e di batteriologia, come del resto è dimostrato dal fatto, non frequente fra i libri nostri, di avere raggiunto la quarta edizione. L'impostazione del libro rimane la stessa delle edizioni precedenti. Una parte generale, in cui si tratta dell'impianto del laboratorio, della suppellettile, della preparazione dei mezzi nutritivi, della tecnica generale per lo studio dei microorganismi e per le ricerche immunitarie. Nella parte speciale, a cui è dedicato il secondo volume, sono esposti: l'esame microscopico e batteriologico delle sostanze alimentari, del terreno, delle fibre tessili, ed i diversi esami a scopo igienico, clinico e forense. Questa nuova edizione è bene aggiornata in armonia con le nuove ricerche.

Contribuiscono a rendere pregevole questo libro la disposizione della materia ed il felice sistema di numerare i singoli capoversi, con i frequenti richiami che devono essere costati non poca fatica all'A., ma che ne risparmiano tanta al lettore, a cui permettono una migliore e più proficua utilizzazione del libro.

Qualche critica si può muovere; così sarebbe desiderabile che scomparissero alcune denominazioni antiche che si prestano a confusione, come p. es., quella di Haemamoeba malariae; per la reazione dei mezzi nutritivi

sarebbe stato opportuno un accenno ai mezzi moderni, od almeno l'indicazione di far bollire a lungo il liquido prima della titolazione con la fenolftaleina. Anche per le prove sui disinfettanti, sarebbe stato necessario indicare, sia pure criticandoli, altri metodi che non quello con i cavalieri del Simonetta, a cui l'A. si mantiene fedele, ma che sono ignoti ai più.

Piccole mende che si rilevano appunto per l'alto valore del libro, che si deve ritenere come un fedele compagno a cui non si ricorre mai invano, pronto a dare un consiglio, un'indicazione utile, chiara, precisa.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Circolo di coltura di medicina e chirurgia nell'Università di Catania.

Seduta del 27 luglio 1924.

Moniliasi broncopolmonari (prime osservazioni in Sicilia: nuovo terreno di cultura).

Dott. E. SANFILIPPO. — L'O. illustra i primi casi di moniliasi broncopolmonare osservati in Sicilia affermando il concetto che la diagnosi di natura di queste affezioni offra dal punto di vista clinico difficoltà non piccole per la comunanza di molti sintomi con altre affezioni dell'apparato respiratorio. Solo il decorso incostante, la dolenzia toracica vivissima, l'unilateralità delle lesioni obbiettive circoscritte e localizzate per lo più ai lobi inferiori, il deperimento dell'infermo, marcato nelle forme ad andamento acuto, la comparsa di emoftoe e di espettorazione purulenta fetida in assenza di fenomeni cavitari, sono dati che, sufficientemente vagliati, possono far sorgere il dubbio sulla vera natura della lesione.

Messo in rilievo l'alto valore delle prove biologiche dal punto di vista teorico-immunitario, ma la loro non assoluta specificità dal punto di vista diagnostico, l'O. si sofferma sulle difficoltà dell'isolamento in cultura pura coi mezzi ordinari del ceppo da un materiale polibatterico quale l'escreato, difficoltà aumentata dal fatto che la necessità di ripetuti passaggi in terreno glucosato attenua o denatura le proprietà biologiche delle singole specie impedendone, come già osservarono GUIART e CASTELLANI, l'identificazione. Dopo ripetuti tentativi l'O. è giunto a preparare un terreno quasi elettivo nel quale le monilie si sviluppano con rapidità in cultura pura. Il terreno è costituito da bile addizionata con glicerina e peptone nelle proporzioni del 10%, acidificata con HCl sino ad acidità n.1/11. Portato il liquido all'ebullizione, filtrato e ripartito in provette si sterilizza in modo frazionato per 3 giorni consecutivi per 2 ore a 90°. Su questo terreno le monilie si sviluppano in 36 ore alla temperatura optimum di 35°. Il trapianto successivo sui terreni di elezione dimostra quasi sempre colonie pure, nelle migliori condizioni per essere identificate data la rapidità di isolamento.

Su di un caso di anuria guarito col solo cateterismo ureterale

Prof. F. GRECO. — Presenta una donna di 44 anni ricoverata nella Clinica Chirurgica alcuni giorni prima per anuria in V giornata e già con sintomi evidenti di intossicazione uremica. Precedenti litiasici: numerose coliche renali in ambedue i lati; ultima colica a destra in seguito alla quale si ebbe oliguria per qualche giorno ed in seguito anuria. Radiografia negativa per calcoli. Essendo già sera inoltrata e pur avendo tutto pronto per una nefrostomia d'urgenza, l'O. volle tentare il cateterismo dell'uretere di destra. Un catetere ureterale n. 6 fu introdotto sino alla pelvi e venne fuori immediatamente un deciso getto di urina: in 35' si raccolsero 600 cmc. di urina limpida di bassa densità (1003), contenente tracce di albumina e qualche cilindro granuloso. Subito si repristinò l'urinazione per le vie naturali e durante la notte l'inferma emise spontaneamente 1100 cmc. di urina. Nelle prime ore del mattino in seguito ad un'altra violenta colica sempre a destra, la funzione renale si arrestò ed i sintomi di intossicazione uremica si aggravarono. Nel pomeriggio l'O. ritentò il cateterismo ureterale con lo stesso ottimo risultato: in due ore si raccolsero 1300 cmc. di urina. Per mezzo di un catetere introdotto in vescica si potè constatare che la funzione dell'altro rene si ripristinò quasi immediatamamente. Durante le prime 12 ore l'inferma emise per le vie naturali 2300 cmc. di urina. I sintomi minacciosi di uremia cessarono subito e le condizioni generali migliorarono progressivamente. Si ebbe ancora oliguria per qualche giorno, poi gradatamente la quantità di urina ridivenne normale.

L'O. crede che, date le condizioni dell'inferma (donna obesa, in istato di profonda astenia) debba considerarsi come un buon successo l'avere evitato una nefrostomia la quale, se in generale è un'operazione per lo più innocua, nelle speciali condizioni poteva considerarsi di estrema gravità.

Sulla presenza di forme mobili di lamblia intestinalis nel liquido estratto con sondaggio duodenale.

Prof. G. IZAR. — L'habitat della lamblia intestinalis seu duodenalis è il duodeno ed il digiuno. Nessuna meraviglia pertanto che, in soggetti affetti da lambliasi, il sondaggio del duodeno metta in evidenza nel liquido estratto forme mobili o cistiche del parassita.

Ben diversa importanza acquista il riscontro quando il parassita, assente nelle feci e nel liquido estratto con sondaggio duodenale anche prolungato, sia invece presente nel liquido che fluisce dalla sonda quando si somministrino sostanze atte a provocare un flusso di bile pura (solfato di magnesio-peptone).

Così nel caso che l'O. illustra: uomo di 40 anni,

da Pachino, sofferente dal 1919 di ripetuti attacchi di colecistite con ittero, febbre, epatalgia: ultimo attacco 22 giorni prima del ricovero in clinica: che obbiettivamente presentava oltre ai postumi di recente ittero, lieve ingrandimento del fegato con dolenzia diffusa e dolore vivo al punto cistico: nelle cui feci, mentre erano presenti forme mobili e cistiche di entamoeba histolytica, mancava la lamblia. Il sondaggio duodenale, ripetuto due volte, fornì liquido privo di parassiti in primo tempo, mentre diede bile giallo-scura, densa, ricca di muco, con numerosissime forme mobili di lamblia intestinalis dopo introduzione della soluzione di solfato di magnesio.

Senza voler da questo inferire che alla lamblia possa imputarsi la lesione colecistica, l'O. pone e discute il quesito dell'importanza dei parassiti intestinali in genere nella genesi dei processi infiammatori acuti e cronici delle vie biliari, ricordando a questo proposito che già Loeper, Westphall-Georgi e von Rehren hanno dimostrato la presenza della lamblia intestinalis non solo nel succo duodenale di soggetti affetti da colecistite o da ittero semplice, ma anche la presenza del parassita nell'interno e nella parete della cistifellea asportata con atto operativo.

Sul glaucoma traumatico e sulle variazioni della tensione oculare in seguito a trauma.

Dott. G. FAVALORO. — La numerosa casistica clinica e le ricerche sperimentali inducono l'O. alle seguenti conclusioni:

1° tutte le varie alterazioni della tensione oculare per traumatismi indiretti o diretti sull'occhio, si possono ritenere come dei fenomeni di commozione oculare traumatica e distinguere clinicamente in sei tipi: choc oculare traumatico con ipotensione, choc oculare traumatico con ipertensione semplice od irritativa, glaucoma acuto traumatico essenziale, glaucoma acuto post-traumatico, glaucoma emotivo post-traumatico, glaucoma secondario post-traumatico. Notevolmente diverso è il valore etiologico delle due specie di traumatismo: massimo per quelli diretti, minimo per quelli indiretti;

2° il glaucoma acuto traumatico essenziale, se pure è una forma clinicamente esistente, è tuttavia estremamente raro; molti dei sedicenti glaucomi traumatici veri apparsi nella letteratura si debbono invece assimilare agli altri tipi suddetti e in special modo alle ipertensioni irritative ed ai glaucomi secondari;

3° sperimentalmente, anche mettendo gli animali (conigli) in condizioni di maggiore o minore predisposizione ipertensiva, non è possibile riprodurre alcun fenomeno di ipertonia oculare. I reperti sperimentali istologici confermano questi risultati;

4° in conseguenza di tutto ciò, noi possiamo ritenere, sotto un punto di vista generico, che l'ipotensione negli occhi umani ed animali (conigli) di fronte ai traumatismi oculari diretti è la regola, l'ipertensione l'eccezione: di fronte ai traumatismi indiretti invece è possibile la sola ipertensione, per quanto rara e quasi sempre secondaria ad ematomi degli annessi e dell'orbita;

5° sotto il punto di vista medico-legale, diverso è il valore dei vari tipi ipo- ed ipertensivi suddetti e molto difficile talvolta la precisa diagnosi differenziale etiologica. Per questo incombe al medico il quale si trovi di fronte a variazioni patologiche della tensione oculare in seguito a trauma l'imprescindibile obbligo di esaminare scrupolosamente il traumatizzato e di registrare tutti i risultati anamnestici, tutti i fenomeni subiettivi ed obbiettivi dell'occhio leso, di quello indenne e dello stato generale che potessero servire a stabilire una diatesi glaucomatosa.

È necessario altresì, prima di emettere un qualsivoglia giudizio medico-legale definitivo, di attendere l'esito della malattia traumatica e di ripetere frattanto l'esame clinico generale e locale, sorvegliando specialmente il comportamento dell'occhio indenne;

6° qualsiasi diagnosi medico-legale di siffatte lesioni traumatiche non può prescindere dal concetto da noi sostenuto e dimostrato, che cioè ogni ipertensione o glaucoma traumatico ha per base patogenetica una diatesi ipertensiva più o meno evidente o latente e che il fattore trauma ha quasi sempre valore occasionale, non efficiente nè sufficiente da per se solo;

7° molteplici sono le modalità patogenetiche delle diverse varietà tonometriche della tensione oculare nell'uomo e negli animali; tuttavia possiamo ritenere che le più importanti consistano o in semplici modificazioni vasomotorie, o in commozioni traumatiche dei corpi ciliari con mortficazione dell'epitelio secernente e alterazioni meccaniche dell'occhio.

G. IZAR.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

La diagnosi del delirio alcoolico.

R. Benon (*Journal des praticiens*, 21 giugno 1924) osserva che, per fare una diagnosi positiva di delirio alcoolico, è anzitutto necessario rilevare la presenza di allucinazioni e di illusioni. Quando nella fase allucinatoria, il malato non risponde alle questioni mossegli, la diagnosi deve rimanere sospesa, mentre è invece chiara se esso esprime spontaneamente i suoi disturbi, e così pure negli intervalli lucidi del periodo di stato. La nozione delle abitudini alcooliche, il tremore, le altre stigmate dell'intossicazione (iperestesia, crampi, incubi, ecc.) soccorreranno nella diagnosi, ma solo quando si sia osservato il delirio allucinatorio.

Il medico pratico, nei casi di delirio viene consultato perchè il paziente è agitato. Il primo problema che si presenta è quello di decidere se si tratti realmente di agitazione ansiosa. A tale scopo, se il soggetto, al momento dell'esame non fosse agitato, lo si lascierà libero e non tarderà ad esprimere spontaneamente la sua ansietà, le sue angoscie, la sua paura. Questo stato va anzitutto distinto dall'agitazione maniaca, in cui il malato parla continuamente; ride, balla, gesticola; il suo discorso è incoerente, ma la memoria ed il giudizio sono conservati. L'alcoolico ha l'aspetto contratto, talora gli occhi largamente aperti, soffre, si lamenta, cerca di fuggire, è oppresso, dice di avere paura. Le difficoltà di diagnosi aumentano quando il malato è trattenuto con la forza, brutalmente, poichè allora l'alcoolico diventa furioso al pari del maniaco; la forma clinica diventa netta solo quando è dissipata l'agitazione collerica. Di solito è facile la diagnosi con l'agitazione confusionale, in cui vi sono disturbi della percettività ed il malato non riconosce nè i luoghi, nè le persone, nè gli oggetti; in qualche caso però l'alcoolico presenta episodii confusionali, oppure il delirio allucinatorio mette capo ad uno stato durevole confusionale.

Facile di solito è la distinzione con il delirio sistematizzato cronico. Se però il malato rimane muto, si avranno difficoltà nella differenziazione degli stati demenziali, confusionali, astenici. Nei casi difficili, si tenga presente che il mutismo è raramente un fenomeno iniziale e comunque le informazioni date dai familiari potranno condurre sulla buona strada.

Stabilita la presenza di un delirio allucinatorio, occorre accertare che esso non decorra con un'altra affezione mentale, come: l'epilessia (manca di solito il tremore generalizzato), la melanconia, l'ipocondria, le demenze, la confusione mentale e la psicosi di Korsakoff. Nei predisposti e nei dementi precoci, si nota generalmente un polimorfismo dei fenomeni che manca nell'alcoolico. La diminuizione dell'affettività, il manierismo e le stereotipie delle parole e dei gesti, le attitudini catalettiche, il negativismo, la suggestibilità sono proprii della demenza precoce. Talvolta è necessaria una lunga osservazione per la distinzione dalla vesania cronica.

Accertato che il delirio allucinatorio non è associato con altra malattia psichica, occorre vedere se è realmente alcoolico. Soccorreranno qui le informazioni anamnestiche; e le stigmate dell'intossicazione bisogna però tener presente che vi sono delle infezioni, delle intossicazioni esogene od endogene (diabete, epatite, nefrite, ecc.) che si complicano talvolta con delirio. Talvolta i delirii allucinatorii acuti hanno caratteri speciali, come quello cocainico, in cui predominano i disturbi della sensibilità generale (sensazione di vermi, bestie che circolano nel corpo), ma gli elementi allucinatorii fondamentali del quadro clinico sono gli stessi del delirio alcoolico. La questione che si posa è quindi più che altro eziologica. Il medico però non deve mai passare all'inchiesta eziologica prima di avere fatte le osservazioni cliniche necessarie e primordiali di allucinosi acuta, delirante, ansiosa.

fil.

I caratteri della facies alcoolica.

Secondo Vasco Srobar, sono i seguenti:

1) Espressione di turbamento, di agitazione o di esaltazione. Il substrato anatomico consiste in un raccorciamento esagerato del muscolo frontale, del sopraciliare e del piramidale del naso, accompagnato da una ipotonia del muscolo orbicolare delle palpebre. Questo disturbo è incostante e passeggero.

2) Espressioni di rilassatezza, di mancanza di intelligenza, di imbecillità. Anatomicamente si ha raccorciamento del muscolo frontale e conseguente allargamento della rima palpebrale, con ipotonia generale della muscolatura della faccia. Questa espressione è caratteristica dell'ubriacone e persiste anche dopo 8-12 mesi di sobrietà.

3) Espressione di dispiacere e di cattivo umore. Anatomicamente si ha raccorciamento considerevole dell'elevatore del labbro supe-

riore con esagerazione della piega naso-labiale nella sua parte superiore e delle pieghe che si trovano all'angolo inferiore dell'occhio; la parte inferiore della piega naso-labiale resta floscia, come pure i muscoli piccolo e grande zigomatico. Il sintoma permane anche dopo la scomparsa dell'alcoolismo. *fil.*

CASISTICA E TERAPIA.

Importanza costituzionale e trattamento dell'amenorrea.

La mestruazione difettosa (B. Aschner, *Wien. Klin. Wochenschrift*, n. 5, 1924) si può distinguere in 3 gruppi: l'amenorrea o assenza completa di mestruazione per un lungo periodo di tempo, l'oligomenorrea o mestruazione scarsa, e l'opsomenorrea o mestruazione che compare ad intervalli più lunghi del normale. Le cause che determinano l'amenorrea sono varie, endogene (disturbi congeniti od acquisiti di sviluppo) od esogene (malattie consuntive, denutrizione, traumi psichici). Costituzionalmente le donne amenorroiche si possono distinguere in 5 gruppi: donne anemiche, donne pletoriche, donne adipose, donne che presentano i caratteri dell'infantilismo generale o parziale e donne che presentano ipertricosi. L'amenorrea determina spesso dei danni a tutto l'organismo, probabilmente perchè vengono trattenuti in esso dei veleni che dovrebbero venir eliminati col sangue mestruale. L'accumulo di queste sostanze tossiche nell'organismo determina una specie di autointossicazione che ha per conseguenza fenomeni di pletora e di discrasia che nei varii organi si estrinsecano in vario modo. Frequente conseguenza della pletora è la adiposità e frequente conseguenza della discrasia è la diatesi infiammatoria. La pletora è la causa delle emorragie vicarianti che talvolta si osservano da altre mucose. Sintomi dell'intossicazione determinata dall'amenorrea sono la cefalea, senso di tensione al petto, parestesie, sintomi reumatici o neuralgici, fenomeni di iperemia o di essudazione di vario genere nella cute e nelle mucose, catarri delle vie aeree superiori o del crasso, atonia gastrica, iperacidità, acne, orticaria, edemi fugaci, eczemi, ecc., palpitazioni, tachicardia, aritmie, spasmi vasali. L'intossicazione si fa inoltre risentire sul sistema nervoso e sulla psiche.

POLLITZER.

Plurito vulvare ed insufficienza ovarica.

Il prurito vulvare è un'affezione ostinata, spesso ribelle ad ogni cura. Talvolta questa apparente ostinatezza sta in rapporto col fatto che si trascura di indagare tutti i fattori che possono essere in causa, come, p. es.: il diabete, le lesioni epatiche, ecc. J. Torre Blanco (*Archivos de medicina, cirurgia y especialidades*, luglio 1924) riporta il caso di una donna di 36 anni, nubile, che da parecchi mesi soffriva di intenso prurito vulvare, tale che era costretta a non uscire di casa per non mostrare alla gente le manovre di grattamento di cui non poteva fare a meno. L'inferma presentava un manifesto eczema vulvare. All'esplorazione, fatta per via rettale, si avvertiva che i genitali erano piccoli, l'utero in leggera retroversione, come accade quando esso è ipoplasico, l'ovaio destro prolassato nello scavo del Douglas. L'inferma aveva sempre avuto mestruazioni scarse e leucorrea che aumentava ai periodi mestruali. Tutte le cure erano state fino allora inefficaci. L'esame dell'urina e la reazione di Wassermann erano negative.

L'anamnesi ed il reperto ginecologico facevano pensare ad una insufficienza ovarica. Per tale ragione, l'A. intraprese una cura opoterapica, facendo iniezioni endovenose giornaliere di endoovarina e sospendendo ogni altro trattamento.

Nei primi due o tre giorni, la sensazione pruriginosa sembrò aumentata, ma dopo la quarta iniezione, si iniziò un chiaro miglioramento, ed alla decima il prurito e l'eczema erano scomparsi del tutto; anche la leucorrea era diminuita. In seguito le mestruazioni si fecero più abbondanti che per il passato.

Il reperto ed il criterio *a juvantibus* fanno ritenere che il prurito fosse in tal caso, in relazione con l'insufficienza ovarica, e consigliano di tentare questa cura in alcuni casi di prurito vulvare. È bene ricordare che le iniezioni endovenose di endoovarina determinano un'intensa e transitoria vasodilatazione facciale. *fil.*

La scelta e l'applicazione del pessario.

L'uso del pessario ha delle limitazioni ben definite; in complesso, esso va considerato soltanto come un mezzo palliativo, da usarsi fino a quando la paziente si potrà trovare in condizioni tali da poter sopportare un intervento operativo. Soltanto in donne vecchie in cui un atto operativo potrebbe essere pericoloso, si concederà di portare il pessario in permanenza.

Comunque in certi casi il pessario potrà essere di grande utilità, purchè sia scelto ed applicato a dovere, ciò che non si verifica troppo spesso. M. O. Magid (*American medicine*, maggio 1924) consiglia di accertare anzitutto quanto segue: 1) la natura ed il grado dello

spostamento; 2) la mobilità dell'utero, in quanto che non si deve applicare alcun pessario prima di aver rimesso l'utero a posto; 3) la lunghezza e larghezza del canale vaginale. A tale scopo l'A. consiglia l'uso di un particolare forcipe, proposto da Sturmdorf, da introdursi con la paziente in posizione eretta. Lo strumento si introduce fino al collo uterino, marcando il punto in cui tocca la sinfisi; l'ampiezza del canale viene misurata dalla distanza dei due manici; 4) la dilatabilità e contrattilità delle pareti vaginali, poichè si deve tener presente come regola generale che il pessario non deve dilatare la vagina in modo da esercitare una tensione od una pressione; 5) la profondità e larghezza dello scavo vaginale posteriore, dopo che l'utero è stato messo a posto; in tal modo si determina la curva della porzione posteriore del pessario. Quanto più profondo è lo scavo, tanto più facile è trovare un pessario che vada ed è più sicuro che venga ritenuto; 6) il peso, la grandezza e la densità dell'utero, esclusa la presenza di fibromi. La parte posteriore del pessario deve essere tanto spessa ed il pessario tanto più ampio, quanto più grande e pesante è l'utero, per evitare lesioni del tessuto: 7) la larghezza e lunghezza della porzione endovaginale del collo; 8) la presenza di qualsiasi sensibilità nel parametrio; il pessario, di fatto, è del tutto controindicato se vi è un processo infiammatorio, può invece essere usato se vi sia soltanto un poco di dolorabilità, evitando però ogni pressione; 9) il grado di lacerazione del perineo ed il sostegno che esso può fornire serviranno a determinare la misura del pessario; 10) la presenza di ovaie prolassate di cui si deve tener conto nel rimettere a posto l'utero.

Per l'introduzione del pessario, si procederà come segue:

1) Si mette la paziente in posizione latero-addominale, la più vantaggiosa per rimettere a posto l'utero. Nei casi più difficili si potrà ricorrere alla posizione genupettorale od a quella di Sims.

2) Rimettere a posto l'utero, usando le dita.

3) Tenere il pessario in acqua calda, poi ungerlo con vasellina od altro lubrificante. Tenere il pessario con il pollice e l'indice della destra ed introdurlo delicatamente fra le labbra, che si terranno divaricate con la mano sinistra, la quale comprime anche all'indietro il perineo. Il pessario, di cui il diametro trasverso corrisponde a quello longitudinale della fessura vulvare, viene guidato lateralmente, tenendo la curva posteriore più accentuata, verso l'avanti, fino a che si sia raggiunto il collo. Con l'indice destro, si deprime l'arco posteriore fino a che si trovi sotto il collo e lo si spinge nello scavo posteriore. Si abbassa poi il becco anteriore per fissare la leva posteriore dietro il collo. *fil.*

Le false febbri puerperali

R. H. Alcorta (*La medicina ibera*, 19 luglio 1924) richiama l'attenzione sulla possibilità di scambiare una semplice stercoremia per una febbre puerperale. Il quadro sintomatologico delle due malattie presenta una certa somiglianza, ma un'attenta osservazione permette la diagnosi. Nella stercoremia, manca di solito il brivido e la *facies* caratteristica dei processi settici. La febbre si manifesta solitamente in modo brusco e non insidioso come nella febbre puerperale; non oltrepassa di solito i 38°-5, sebbene possa salire a 40°, ed ha sempre una notevole remissione mattutina. Il polso non arriva mai alla frequenza che si nota nella febbre puerperale, ma si mantiene sui 90-94, salvo quando si hanno i fenomeni di peritonismo, chè allora il polso si fa più frequente. Lo stato generale è buono e la puerpera, oltre la febbre, non ha altre sofferenze, salvo un po' di cefalea. Nessun fenomeno locale nell'apparato genitale; l'addome può essere teso, timpanico; talvolta la palpazione del cieco permette di notare l'impastamento dell'accumulo di materie fecali. Le funzioni intestinali possono trarre in inganno, poichè se alcune donne hanno stitichezza accentuata, altre hanno invece una evacuazione giornaliera, altre infine della diarrea. Una buona dose di olio di ricino ed un abbondante enteroclisi faranno scomparire i fenomeni.

fil.

Il raschiamento nell'infezione puerperale post partum.

Bonnecaze J. (*La Presse médicale*, n. 40, 1924) ricorda che mentre nell'infezione puerperale post abortum i resultati del raschiamento sembrano a tutti egualmente buoni, discussioni numerose provoca il raschiamento nell'infezione puerperale post partum. L'A., partigiano di tale intervento in alcuni casi, così riassume le indicazioni del raschiamento post partum:

1) Prima del quinto giorno se la temperatura si innalza, il raschiamento può completare una revisione uterina digitale mostratasi insufficiente.

2) Nelle indicazioni tardive, senza voler abbordare la questione dell'evoluzione delle ritenzioni prolungate di placenta, o vi è emor-

raggia ed allora il raschiamento dovrà esser fatto sistematicamente con costanti risultati eccellenti; o vi è infezione e la ritenzione uterina potrà esser sospettata dall'esame che fa constatare un grosso e molle utero, doloroso al tatto, con perdite fetide spesso accompagnate da emorragie: in questi casi il raschiamento dovrà esser praticato sistematicamente. Possono però tali sintomi di presunzione mancare anche in caso di ritenzione placentare e viceversa esser presenti senza che vi siano ritenzioni; non pertanto, allorchè l'esame del malato non permette di riconoscere altra causa possibile dell'infezione, si deve praticare il raschiamento. Se questo farà evacuare corpi estranei infetti, e questo è il caso più frequente, la prognosi è buona e la temperatura cadrà, se l'utero è vuoto occorrerà affrettarsi a lottare contro la setticemia con i mezzi noti.

MONTELEONE.

Influenza della narcosi della madre durante il parto sul bambino.

Riferendosi a ricerche sperimentali eseguite sulle cavie, dalle quali risultava che i piccoli nati da madri sottoposte a narcosi durante il parto, se privi delle necessarie cure, poco dopo la nascita perivano, H. Küstner (*Deut. Med. Woch.*, n. 33, 1924), ha cercato di controllare i fatti in bambini nati da parto sotto narcosi.

A tal proposito l'A. premette che nel neonato bisogna distinguere lo stato di apnea, di breve durata, dovuto a eccessiva saturazione di ossigeno del sangue circolante, e quindi a ritardo di eccitazione del centro respiratorio da parte dell'acido carbonico, e lo stato di asfissia, che appare allorquando l'apnea si prolunga. Ora, la causa dell'asfissia va ricercata in una lesione del centro respiratorio, di natura meccanica o tossica, per la quale il centro stesso non riesce ad eccitarsi.

Tra le cause tossiche hanno grande importanza le sostanze somministrate alla madre per attenuare il dolore (morfina, scopolanima, cloralio idrato, ecc.) e le sostanze usate per l'eventuale narcosi (etere, cloroformio, ecc.).

Sottoponendo quindi la madre a narcosi generale, sia per lenire i dolori del parto, sia per procedere ad atto operatorio, il bambino viene a subire anch'esso una specie di narcosi intrauterina, per la quale l'eccitabilità del centro respiratorio si abbassa, fino ad aversi uno stato di vera e propria paralisi, che rapidamente genera l'asfissia.

Corraborando tali dati patogenetici con l'osservazione di vari casi, l'autore conclude affermando l'esistenza di una «asfissia da narcosi», praticamente identica all'asfissia da prolungata apnea

M. FABERI.

La riabilitazione della pappa all'olio nell'alimentazione dei lattanti.

Contro questo alimento prediletto per i lattanti dalle nostre popolazioni, si era tempo fa dichiarato il più assoluto ostracismo. A. Malagodi (*Scritti di scienze mediche a celebrazione del primo centenario dell'Università di Ferrara*) osserva che spesse volte si è fatta colpa alla pappa di uno sviluppo difettoso che dipendeva invece da altre cause. Essa (fatta come è noto con pane grattuggiato che si fa cuocere con acqua a cui si aggiunge olio, e sale o zucchero) può essere assai utile nell'alimentazione dei lattanti, a patto di iniziarla verso i sei mesi ed in nessun caso prima dei tre. Nell'allattamento artificiale essa ha il vantaggio di fare scomparire la stitichezza che di solito si accompagna ad esso e di fare ritornare le feci alla consistenza ed al colore normale. I migliori risultati si ottengono naturalmente quando all'alimentazione con pappe si accompagna l'allattamento al seno.

La digeribilità del pane in essa contenuto aumenta con la cottura, mentre l'olio di uliva è da considerarsi come un alimento che può sostituire benissimo il grasso del latte vaccino.

La pappa all'olio, purchè somministrata a tempo debito, e bene allestita, è dunque da considerarsi come un cibo complementare adatto per il lattante e da usarsi nel divezzamento, in luogo di molte farine del commercio, alle quali è da preferirsi anche per il prezzo modesto. Essa ha inoltre un valore terapeutico, sia nell'intolleranza per il latte, sia nell'alimentazione di ipotrofici per costituzione.

fil.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

Provvedimenti per l'assicurazione obbligatoria contro l'invalidità e la vecchiaia.

La *Gazzetta Ufficiale* del 26 settembre, n. 226, pubblica il testo del regolamento approvato con R. decreto 28 agosto 1924, n. 1422, per l'esecuzione del R. decreto 30 dicembre 1923, n. 3184.

Ne riportiamo gli articoli che possono interessare i sanitari.

CAPO IV. — *Periodi di malattia.*

Art. 37. — I periodi di malattia da computarsi utili per la pensione debbono essere fatti risultare mediante dichiarazione medica, dalla quale risulti il giorno in cui la malattia è incominciata e la sua natura.

L'ente che riceve la dichiarazione può essere incaricato delle relative annotazioni da farsi sulle tessere, secondo le istruzioni speciali della Cassa nazionale.

Art. 38. — Non sono computate le malattie di durata inferiore a sette giorni, nè quelle, anche di durata maggiore, in cui l'assicurato continua a ricevere l'intero stipendio o lo stipendio ridotto, e durante le quali perciò, a norma dell'art. 24 del presente regolamento, deve essere versato il contributo obbligatorio.

Il numero e la durata delle malattie saranno accertati periodicamente dagli Istituti di previdenza. Il Comitato esecutivo della Cassa nazionale ha facoltà di stabilire norme speciali per il controllo delle malattie.

PREVENZIONE E CURA DELL'INVALIDITÀ.

Art. 54. — La Cassa nazionale può destinare una parte dei propri fondi, entro il limite dell'eccedenza di essi sugli impegni verso gli assicurati, all'esercizio diretto di istituzioni igienico-sanitarie aventi a scopo la prevenzione, la cura e l'assistenza della invalidità; come anche può agevolare, con la concessione di mutui fruttiferi, a norma dell'art. 19, n. 9, la creazione ed il funzionamento di tali istituzioni da parte di altri enti pubblici o privati.

Essa ha inoltre facoltà di concorrere entro il limite dell'eccedenza predetta:

1° A incoraggiare, anche con premi o in altre forme, l'adozione e la diffusione delle provvidenze meglio atte a prevenire gli infortuni e le malattie del lavoro e a rimuovere od attenuare speciali condizioni pericolose od antigieniche inerenti all'ambiente di lavoro, ai materiali adoperati od ai metodi di lavorazione;

2° A sussidiare cliniche, reparti ospitalieri, ambulatori od altri istituti specializzati, i quali si propongano la cura di malattie che possono avere per conseguenza una condizione di invalidità; come anche istituti di rieducazione professionale o di protesi del lavoro.

La Cassa curerà di stipulare convenzioni con gli istituti della specie di quelli indicati al precedente n. 2, allo scopo di assicurare le migliori possibili condizioni per il ricovero e la cura degli assicurati.

Art. 55. — Se, in seguito ad un rapporto di uno dei suoi medici fiduciari, la Cassa ritenga che, mercè opportune cure o con il ricovero in un ospedale, possa essere eliminata od attenuata la invalidità già accertata di un pensionato, o possa essere evitata o ritardata per un assicurato la invalidità, e che sia perciò conveniente sostenere le spese, di cui all'art. 10 del R. decreto 30 dicembre 1923, n. 3184, per le cure e il ricovero predetti, ne informerà l'interessato invitandolo a dichiarare, entro un termine prestabilita, se consente a sottoporvisi.

Il pensionato o l'assicurato ha facoltà di chiedere che sulla richiesta di cui nel precedente comma si pronunci un collegio di tre medici, dei quali uno da lui designato, un altro designato dalla Cassa ed il terzo di comune accordo fra le parti.

Art. 63. — La liquidazione della pensione per la invalidità può essere chiesta, quando concorrano per l'inscritto le due condizioni seguenti:

1° Che abbia compiuto almeno cinque anni di inscrizione alla Cassa;

2° Che sia riconosciuto invalido al lavoro in modo permanente e assoluto.

Si considera invalidità assoluta quella che riduce la capacità di guadagno a meno di un terzo di quella abituale normale delle persone dello stesso mestiere e nella stessa località.

TITOLO VII. — LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO DELLE PENSIONI.

Art. 76. — La domanda per la liquidazione della pensione in base ai versamenti obbligatori, deve essere sottoscritta dall'assicurato e deve essere corredata:

a) dall'atto di nascita dell'assicurato;

b) dal suo libretto personale di cui all'articolo 51;

c) dall'ultima tessera o, in mancanza di questa, da una dichiarazione dell'assicurato sulla ultima sua occupazione.

La domanda per la liquidazione della pensione d'invalidità deve inoltre essere corredata da un certificato medico, debitamente autenticato, rilasciato sopra appositi formulari forniti dalla Cassa e da ogni altro documento atto a provare la invalidità dell'assicurato.

Art. 81. — L'Istituto di previdenza sociale ha diritto di sottoporre il richiedente la pensione di invalidità alle visite che ritenga necessarie per accertare l'invalidità stessa; il rifiuto dell'interessato a prestarsi alle visite mediche è motivo sufficiente per respingere la domanda di pensione.

Art. 83. — L'Istituto di previdenza sociale sospende il diritto alla pensione per un periodo di tempo determinato:

a) quando l'assicurato con dolo si sia procurata l'invalidità o ne abbia aggravato le conseguenze;

b) quando, con frode o altri mezzi illeciti, abbia recato o tentato di recar danno alla Cassa nazionale.

Art. 86. — Le domande di liquidazione delle pensioni d'invalidità e vecchiaia in base ai versamenti facoltativi, debbono essere sottoscritte dall'assicurato e debbono essere corredate:

a) dal libretto d'inscrizione;

b) dall'atto di nascita, qualora non sia stato già presentato alla Cassa all'atto d'inscrizione;

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

c) da una dichiarazione dell'assicurato sulla ultima sua occupazione.

La domanda di liquidazione della pensione per invalidità deve inoltre essere corredata da un certificato medico, debitamente autenticato, rilasciato sopra appositi formulari forniti dalla Cassa, e da ogni altro documento atto a provare l'invalidità dell'assicurato.

Art. 88. — La Cassa per accertare la invalidità dell'inscritto può farlo visitare da un medico di sua fiducia; il rifiuto a prestarsi alle visite mediche costituisce motivo sufficiente per respingere la domanda di pensione.

Contro il rifiuto definitivo della liquidazione l'inscritto può avanzare ricorso, entro sessanta giorni dal ricevimento dell'avviso del provvedimento, alla Commissione arbitrale competente ai sensi dell'art. 109.

Si applicano anche per gli inscritti nei ruoli facoltativi le disposizioni dell'art. 55.

ASSEGNI IN CASO DI MORTE.

Art. 97. — Per conseguire il pagamento dell'assegno mensile di cui all'art. 9 del R. decreto 30 dicembre 1923, n. 3184, in caso di morte di un assicurato obbligatorio, dev'essere presentata analoga domanda all'Istituto di previdenza nella cui circoscrizione il richiedente risiede. Alla domanda debbono essere uniti, oltre la tessera ed il libretto personale dell'assicurato:

1° Se richiedente è la vedova, il certificato di matrimonio e quello comprovante che non sussiste sentenza di separazione personale passata in giudicato e pronunziata per colpa della stessa vedova;

2° Se richiedente è il vedovo, i certificati indicati sotto il n. 1° a lui riferentisi, un certificato medico debitamente autenticato, rilasciato sopra apposito formulario fornito dalla Cassa nazionale per le assicurazioni sociali, da cui risulti che egli è inabile al lavoro, e ogni altro documento atto a provare tale inabilità;

3° Se richiedenti sono i figli, lo stato di famiglia dell'assicurato, da cui risulti la data di nascita dei figli. È in facoltà della Cassa di richiedere anche i certificati di nascita dei figli.

COMMISSIONI ARBITRALI.

Art. 104. — Le designazione dei rappresentanti dei datori di lavoro e degli assicurati nelle Commissioni arbitrali di prima istanza sarà fatta dal Prefetto, sentite le organizzazioni locali. I rappresentanti dei datori di lavoro e degli assicurati nella Commissione arbitrale centrale saranno scelti dal Ministro per l'economia nazionale, di concerto con quelli per la giustizia e per gli affari di culto, fra persone designate dalle rispettive principali organizzazioni nazionali a norma dell'art. 6 del presente regolamento.

I *due sanitari* che debbono far parte della Commissione arbitrale di prima istanza come pure di quella centrale, qualora la vertenza abbia per oggetto l'accertamento della invalidità, saranno scelti dal Ministro per l'economia nazionale fra i medici-chirurgi iscritti nell'albo e che diano particolare affidamento per la loro dottrina e la loro competenza specifica.

I membri della Commissione arbitrale centrale, come quelli delle Commissioni di prima istanza, durano in carica quattro anni e possono essere riconfermati.

Art. 125. — Nelle controversie portate avanti le Commissioni di prima istanza, il presidente, alla udienza fissata, sentite le ragioni delle parti, tenta di conciliarle, facendo redigere, in caso di conciliazione, il processo verbale.

La perizia e gli accertamenti saranno preferibilmente compiuti, quando sia possibile, durante l'udienza.

Le spese della perizia medico-giudiziaria debbono in ogni caso essere anticipate dall'organo dell'assicurazione. Fra le spese della perizia è anche compreso il rimborso delle eventuali spese di trasferta del perito e dell'assicurato e l'onorario di perizia, il quale ultimo non può essere inferiore alle L. 20, nè superiore alle L. 100.

Ai testimoni, ai periti e agli interpreti è deferito il giuramento rispettivamente a termini degli articoli 242, 212 e 259 del Codice di procedura civile.

Sono applicabili le disposizioni degli articoli dal 214 al 220 del Codice penale.

Art. 132. — Ai membri delle Commissioni arbitrali di prima istanza spettano le seguenti competenze:

1° Una medaglia di presenza di L. 20, per ciascuna giornata di adunanza, per i membri di cui alla lettera b) dell'art. 25 del R. decreto 30 dicembre 1923, n. 3184, e di L. 25 per i membri di cui alle lettere a) e c) dello stesso articolo;

2° Il rimborso delle spese di viaggio in seconda classe ed una indennità di L. 15 per i membri, i quali non risiedono nel luogo in cui si riunisce la Commissione.

Ai membri della Commissione centrale spettano le seguenti competenze:

1° Una medaglia di presenza di L. 25 per ciascuna giornata di adunanza per i membri di cui ai numeri 2 e 4 dell'art. 26 del precitato decreto e di L. 30 per i membri di cui ai numeri 1 e 3;

2° Il rimborso delle spese di viaggio in prima classe e un'indennità di L. 25 per i membri, i quali non risiedono nel luogo in cui si riunisce la Commissione.

N. B. — ***Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del «Policlinico», via Sistina, 14 - Roma (6).***

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Sui Consorzi Provinciali antitubercolari.

Riceviamo dal dott. L. Sagona di Caltanissetta:

Illustre Prof. Ascoli,

La Sua lettera indirizzata all'egregio dottor Bertazzoli ed apparsa sul n. 38 del *Policlinico* ci dà la sensazione che finalmente qualcuno fra i nostri grandi Maestri ha portato al Consiglio Superiore di Sanità la nota vera, per quanto dolorosa, nei riguardi dei Consorzii Provinciali Antitubercolari, e poichè dalla lettera stessa giunge quasi un invito anche ai modesti di dire qualche parola sull'argomento, mi permetto di indirizzarle queste mie parole che La prego di accogliere come un atto di rispettoso assentimento.

Ho fatto parte del Comitato Provinciale Antitubercolare, faccio parte ora della Giunta Esecutiva del Consorzio Obbligatorio Provinciale ed ho vissuto come Ella — entusiasta come sono della lotta antitubercolare e speranzoso che una buona volta anche l'Italia come tutte le Nazioni che ho visitate abbia realmente mezzi sufficienti per vincere la terribile malattia — tutte le mie amarezze nel constatare non solo l'inadatto meccanismo e la scarsa attività dei Comitati, ciò che li portò a quella « fine miseranda » di cui Ella parla, ma anche l'inadeguata organizzazione dei Consorzii Provinciali ora in vigore.

È da riconoscere che col sorgere di questi, lo Stato abbia progredito nella sua opera di previdenza sociale, perchè con essi si cerca d'intensificare e coordinare gli sforzi diretti ad un unico scopo, ma non credo che i Consorzii così come sono potranno rendere tutti i risultati che gente troppo entusiasta si ripromette.

Perchè questa mia lettera abbia un valore, debbo riferirle che nella nostra Provincia il Consorzio, pur avendo gravato ogni cittadino della tassa annuale minima di centesimi dieci, in circa due anni di esistenza, ha speso tutto questo tempo solo per arrivare a ricevere il contributo del 1923 dai Comuni, ed ha indetto solo quattro o cinque riunioni di Giunta con risultato scarsissimo, se ne togli la proposta di qualche sussidio ai dispensarii già esistenti e la nomina, nell'ultima seduta, di una commissione tecnica per la scelta del locale dove far sorgere un Sanatorio.

Ciò, malgrado l'entusiasmo e l'attività di alcuni Componenti la Giunta Esecutiva, malgrado la capacità, la volenterosità del Medico Provinciale locale che è veramente benemerito della lotta antitubercolare.

Come vede, illustre Maestro, noi non siamo proprio nè al *magnifico* nè all'*utile*, come Ella si esprime, da parte dei nostri Consorzii e tutto questo per colpa di nessuno, ma semplicemente dell'Istituto così come è stato concepito.

La sua veste burocratica è doppiamente appesantita da quella politica, perchè se è vero che l'attività del Consorzio riposa su quella del povero medico provinciale — funzionario su cui pesano tante e tante responsabilità e fatiche — è pur vero che il Presidente dell'assemblea e della Giunta è il Presidente della Deputazione Provinciale che nella sua carriera di posizione e possibilità politica non può spendere quell'attività e conoscenza necessarie ad un'organizzazione così importante che ha tutto da creare. La cosa poi si complica affidando ragioneria e segretariato ai funzionarii della Provincia, i quali, avendo già abbastanza di lavoro per la loro carica, non possono disporre di alcun tempo per il Consorzio.

È da rilevare poi, come autorevolmente Ella dice, che il Consorzio per la sua stessa formazione è inadatto a svolgere alcuna opera di profilassi, di propaganda antitubercolare, di raccolta di somme, iniziative queste che dànno i loro massimi frutti con le Associazioni Cittadine più agili e più fattive.

Il rimedio a tutto questo?

Ella lo ha ben tracciato da illustre Clinico qual'è, e non posso che ripetere le Sue parole: rendere i Consorzii più agili sburocratizzandoli (perdoni la brutta parola) il più possibile; rendere meno pesante il lavoro al Presidente, al Medico Provinciale, ecc. affiancandoli con cittadini tecnici di provata capacità ed entusiasmo; fissare per tutte le Provincie d'Italia norme uguali amministrative e tecniche agevolando finanziariamente le Provincie più povere con alleggerimenti di tasse; fissare il minimo di contributo comunale e provinciale. Per ultimo, e mi permetto di insistere su questo mio concetto, volgere l'attività del Consorzio all'incoraggiamento, alla creazione, allo sviluppo di iniziative cittadine, le più numerose possibili e disciplinate, riservando a sè stesso il controllo su tutto e la creazione dei grandi Istituti di Assistenza (Sanatorii, Tubercolosarii, Opere dell'infanzia, ecc. ecc.).

Le Sue alte parole, ripetute al Consiglio di Sanità, con la Sua autorità e tenacia, speriamo saranno al più presto brani di leggi provvidenziali.

Con questo fervido augurio, Le presento i miei ossequi rispettosi.

LUIGI SAGONA.

Cronaca del movimento professionale.

Congresso degli Ordini dei Medici.

Per rendere più facile ai Medici l'intervento al Congresso federale e alla celebrazione in Firenze del medico caduto, la data del Congresso straordinario della Federazione degli Ordini dei Medici è posticipata e fissata per i giorni 29-30 ottobre 1924 in Roma.

Le rappresentanze degli Ordini dei Medici aderenti e non aderenti alla Federazione sono convocate dunque in Roma, alle ore 10 precise del 29 ottobre 1924, nella sala dell'Ordine dei Medici di Roma, Foro Traiano 1.

I medici condotti chiedono i benefici di pensioni di ex combattenti.

In una riunione del Sindacato Fascista dei medici condotti dei Castelli Romani il socio dottor Alberto Gentile presenta un ordine del giorno, approvato unanimemente da tutti gli intervenuti, con il quale si rileva che essi soltanto sono stati esclusi da un beneficio elargito a tutte le categorie di impiegati dipendenti dallo Stato, dall'Amministrazione Militare, dalle Provincie e dagli Enti locali.

Per le suddette categorie infatti *gli anni delle campagne di guerra sono computati come anni di servizio utile agli effetti della pensione,* senza che gli inscritti debbano pagare alla Cassa Pensione alcun contributo per il periodo di tempo corrispondente.

Ora i medici condotti reduci di guerra chiedono di essere equiparati a tutti gli altri in questo trattamento.

Così si eviterà una palese ingiustizia per i medici, che sono stati per tutta la guerra o per buona parte di essa insieme alle truppe combattenti a dividerne le sofferenze e i pericoli e a soccorrerli nelle loro gloriose ferite.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Ospedale Civile Umberto I.* — Aiuto Chirurgo, L. 3500 (*sic*), c.-v., vitto e alloggio. Titoli. Scad. ore 18 del 30 ottobre. Rivolgersi alla Direzione Sanitaria.

BERTINORO (*Forlì*). — A tutto il 31 ott., 3ª cond. per 3 fraz.; stip. L. 8000 e 10 bienni ventes.; cav. L. 2500; ambul. L. 500; primo c.-v. e 40% del secondo. Ab. 2400 circa, in pianura. Età lim. 35 (*sic.*). Vaglia post. L. 50,10 al tesoriere comun.

BORGETTO (*Palermo*). — Scad. 31 ott.; L. 5900 e 1 c.-v.; 5 quinquenni.

BORGONARO (*Imperia*). — A tutto il 31 ott.; consor.; stip. L. 7500 oltre L. 2500 cav., L. 500 uff. san., L. 1000 serv. ostetrico. Ab. 2277.

CALDERARA DARENO (*Bologna*). — Scad. 31 ott. L. 7500 e 5 quadrienni; cav. L. 3000; c.-v.; ambulatorio L. 300. Tassa conc. L. 50.

CASTELLAMMARE ADRIATICO (*Teramo*). — I zona (spiaggia); ab. 11.630; pov. circa 900; età lim. 40. L. 6000 per 500 pov., L. 500 ogni 100 pov. in più; 5 quadrienni decimo; L. 2400 p. cav. Serv. entro 15 giorni. Per altre condizioni chiedere annunzio. Scad. 31 ottobre.

CASTELVERDE (*Cremona*) — Scadenza 30 ott.; con Tredossi; L. 7800 e aumento del 50% in 20 anni; addizionale L. 2000 fino a 1000 pov. e L. 2 ogni pov. in più; L. 1500 cavallo e vettura; L. 500 uff. san.; c.-v. dell'Unione Comuni fascisti.

CASTIGLIONE DELLA PESCAIA (*Grosseto*). — Per Vetulonia; L. 9000. Proroga al 30 ottobre.

CHIUSA PESIO (*Cuneo*). — Scad. 31 ottobre. Per S. Bartolomeo; L. 7000 oltre L. 200 arm. farm.; eventuale c.-v. Tassa conc. L. 50.

CRESPINO (*Rovigo*). — Scad. 6 nov.; II reparto; L. 8000 oltre L. 3000 se cav., L. 1500 se motocicl., L. 800 se bicil.; L. 500 ambul.; c.-v.; 5 quinq. decimo.

FABRICA DI ROMA (*Roma*). — L. 9000 per 2000 pov., L. 300 per uff. san., c.-v., 5 quadrienni dec. Età lim. 40. L. 50.10 all'Esattore. Serv. entro gg. 10 (*sic*). Scad. 31 ottobre.

GENOVA. *Associazione Nazionale Medici Marina Mercantile.* — In esito a richiesta della Compagnia di Navigazione «Lloyd Triestino» la Commissione di Controllo e Consultiva indice un Concorso tra gli associati che vogliano coprire posti di medico fisso sui piroscafi della Compagnia.

Questa corrisponde ai medici fissi di nuova nomina gli stipendi stabiliti dal Regolamento organico delle Compagnie Transatlantiche in data 1º luglio 1919 e cioè: 1º semestre di prova L. 1150 mensili; 2º semestre di prova e successivi 3 anni L. 1225; 5º e 6º anno di servizio L. 1500; 7º e 8º anno di servizio L. 1600. A cominciare dal IX anno decorrono i quinquenni di cui all'art. IV del Regolamento organico. A questa paga verrà aggiunto l'importo di L. 100 caroviveri nonchè il 15 % sullo stipendio e caroviveri. Il «Lloyd Triestino» pagherà il primo viaggio (1ª classe e bagaglio) dalla residenza del medico a Trieste. Il periodo di prova di 6 mesi s'intende prolungato fino al termine dell'ultimo viaggio che sia stato iniziato durante questo periodo. In caso di nomina il periodo di prova è calcolato agli effetti degli aumenti quinquennali: in caso di non avvenuta nomina non spetta al medico alcuna indennità.

I concorrenti dovranno: possedere l'autorizzazione ministeriale a viaggiare come medici di bordo; essere soci al corrente colla Associazione; inviare domanda alla Associazione nel più breve termine possibile e non più tardi del 1º dicembre.

Alla domanda dovrà essere unita la somma di L. 15 in vaglia o francobolli per coprire le spese di concorso.

Per le altre condizioni chiedere annunzio alla sede dell'Associazione: Genova (2), via Palestro, n. 11-3.

LECCE. *Amministrazione Provinciale*. — Direttore medico della Sala provinciale di ricezione degli esposti; L. 10,000; età lim. 35; laurea da 5 anni almeno; un anno di assistentato effettivo in clinica pediatrica o brefotrofio provinc. L. 50 tassa. Scad. ore 12 del 31 ott. Assunz. serv. entro 30 gg.

Due medici di reparto del Manicomio; L. 8000 oltre indenn. servizio L. 500; 5 trienni fino a Lire 11,800 al 15° anno di grado. Scad. ore 12 del 30 nov. Età 21-30; serv. biennale in manicomio pubblico; il limite massimo di età non è applicabile per coloro che si trovano in servizio di altre amministraz. provinc. L. 50 tassa. Assunz. serv. entro 30 gg.

MEZZOJUSO (*Palermo*). — Scad. 31 ott.; L. 5000 oltre L. 1500 disagiata residenza.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — Dirigente dell'Ambulatorio Comunale curativo antitubercolare, vice dirigente e assistente id., medico assistente interno. Scad. ore 16 del 31 ott. Medico Ispettore; scad. ore 16 del 15 nov. Vedi fasc. 41.

PADOVA. *Spedale Civile*. — Assistente effettivo di chirurgia; vedi fasc. 41. Scad. ore 18 del 31 ott. Accettazione entro 15 gg. Chiedere annunzio.

RAVENNA. — Medico primario del Comune e direttore sanitario del Civico Ospedale; L. 12,000 e 5 quadrienni decimo; c.-v. Età limite a. 40. Libera docenza in clinica o patologia spec. med. e tre anni di direz. di un ospedale importante o di un reparto medico id. o di aiutato in clinica medica. Scad. 30 ottobre.

REGGIO EMILIA. *Ospedale di S. Maria Nuova*. — Medici specialisti di dermosifilopatia, di oculistica, di ortopedia, di otorinolaringoiatria; L. 3000 non aumentabili; percentuale tasse di operaz. e di assist. med. e delle prestazioni, ecc.; nom. e conferme triennali; età mass. 45. Scad. ore 18 del 15 nov. Vaglia post. di L. 50.20 tassa conc. Serv. entro 15 gg. Docum. agli Uffici dell'Ammin. (v. Edmondo De Amicis 31). Chiedere annunzi.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti*. — Conc. per esami a 30 posti di assistente medico-chirurgo. Scad. ore 15 del 30 nov. Età limite 30. Tassa di L. 50, non reperibile, al Tesoriere. Stip. L. 4500. Per le altre condizioni chiedere annunzio alla Segreteria Generale.

S. CASCIANO DEI BAGNI (*Siena*). — Per Palazzone; stip. L. 6000, c.-v. L. 2000, cav. L. 2000. Tassa conc. L. 25. Scad. 31 ottobre.

S. MICHELE DEL QUARTO (*Venezia*). — Condotta, a tutto il 15 nov., ore 17. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria.

SUSA (*Torino*). — Scad. 31 ott.; tre comuni; L. 5000. Chiedere avviso.

TAVENNA (*Campobasso*). — Medico interino con probabilità di nomina. Popolazione 2200 dei quali 200 poveri. Stip. L. 5000. Per informazioni rivolgersi al Sindaco.

VOLPAGO (*Treviso*). — Scad. 10 nov.; consor.; L. 9500 e quinquenni dec.; addizion. L. 2 oltre i 1000 pov.; L. 3600 trasp.; L. 400 uff. san.; c.-v.

CONCORSI A PREMIO.

FIRENZE. *R. Università*. — Presso la Facoltà Medico-Chirurgica è aperto un Concorso a un *premio biennale «Francesco Dessy»* di L. 2000. Il premio verrà attribuito a memoria che tratti: Anatomia e Istologia patologica - Patologia generale e sperimentale - Microbiologia e Immunologia. Il Concorso si chiude il 30 giugno 1925. Al premio possono concorrere medici-chirurgi di nazionalità italiana, laureati da non più di cinque anni. Le memorie presentate al Concorso dovranno essere preparate ed eseguite in Italia. Non si accetteranno quelle preparate in Istituti scientifici di Università estere. Le memorie stampate o dattilografate dovranno essere inviate al Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Firenze, via degli Alfani, 33. Il premio è unico ed indivisibile.

MILANO. *R. Università*. — Cinque posti della *Fondazione Mangiagalli* e uno della *Fondazione Siccardi*. Vedi fasc. 42. Scad. 30 novembre.

ROMA. *R. Università*. — Due posti della *Fondaz. Rolli* fra laureati in medicina e chir. in Roma da non oltre un triennio; L. 250 mensili per otto mesi. Scad. 40 giorni dal 25 ott. — Tre posti della *Fondaz. Maggi* fra laureati in Roma dopo il 27 dic. 1922, nati in Roma; L. 166,66 mensili per due anni. Scad. ore 12 del 25 dic. — Nove premi della *Fondaz. Rolli*, di L. 1000 ciascuno, per studenti di medic. e chir. Scad. ore 12 dell'11 dic. — Per le altre condizioni chiedere annunzi alla Segreteria dell'Università.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Nord-Sud.

Viaggio di studio per medici stranieri alle principali stazioni idrominerali italiane.

Dal 18 settembre al 3 ottobre ha avuto luogo questo primo viaggio di studio per medici stranieri organizzato dall'ENIT. I partecipanti erano oltre 50, appartenenti alle nazioni seguenti: Belgio, Francia, Olanda, Inghilterra, Svizzera, Danimarca, Svezia, Finlandia, Germania, Polonia, Ungheria.

Il *Nord-Sud* — diretto dal prof. Guido Ruata, segretario generale dell'ENIT — si è svolto in treno speciale di prima classe, allestito con particolare cura e grande signorilità dalle Ferrovie dello Stato, le quali hanno in tal guisa prestato il più valido contributo alla buona riuscita dell'impresa assuntasi dall'ENIT.

Durante il viaggio — iniziatosi a Milano — furono visitate Acqui, San Pellegrino, Levico, Vetriolo, Roncegno, Salsomaggiore, Montecatini, Monsummano, Chianciano, Fiuggi, Agnano. In ogni stazione l'ENIT trovò la più aperta e cordiale collaborazione per l'organizzazione locale di ciascuna visita; onde in esse non solamente la parte scientifica ma anche il soggiorno furono apprestati in forma veramente degna degli scopi dell'iniziativa, ed in guisa da rendere eccezionalmente gradito, ed indelebile, il ricordo della tra-

dizionale ospitalità italiana. Le accoglienze festose, entusiastiche, dense d'ogni più delicata premura, riscosse ovunque, completarono il quadro; al quale conviene aggiungere i solenni ricevimenti al Touring a Milano, al Campidoglio a Roma, e al Municipio di Napoli, che lasciarono negli ospiti stranieri la più felice impressione.

Le visite ad ogni stazione termale si svolsero secondo il programma già adottato per i V. I. M., nei quali ha fatto buona prova: una conferenza illustrativa, tenuta da una personalità medica del luogo, e seguita dalla visita agli impianti delle acque, agli stabilimenti ed alle altre cose più notevoli della località.

Anche nel *Nord-Sud* le conferenze erano dette in italiano; ma il testo di esse — tradotto e stampato a cura dell'ENIT in francese, inglese e tedesco — era distribuito ai medici che così potevano seguire l'esposizione nella rispettiva lingua. Si è in tal guisa ovviato, in forma risultata praticamente rispondente allo scopo, alla difficoltà della non conoscenza dell'italiano. I conferenzieri furono i seguenti: il dott. Riccardo De Alessandri ad Acqui, il dott. Antonio Gazzoletti a Levico, il prof. Giacinto Viola a Roncegno, il prof. Luigi Zoia a Salsomaggiore, il senatore prof. G. B. Queirolo a Montecatini, il prof. Vittorio Ascoli ed il prof. Giuseppe Sabatini a Chianciano, il prof. Alessio Nazari a Fiuggi, il dottor Emilio Di Tommasi ad Agnano; a San Pellegrino venne distribuita la conferenza del prof. Luigi Devoto, non essendovi l'illustre clinico potuto intervenire.

Le visite si succedettero per gruppi di medici, ripartiti secondo i gruppi di lingua ed accompagnati dai rispettivi medici-interpreti addetti al *Nord-Sud*, sotto la guida dei sanitari della stazione: esse riuscirono ovunque complete, dettagliate e tali da consentire le più minute indagini e le più ampie osservazioni.

Il *Nord-Sud* ha ottenuto — e per le sue finalità e nella sua pratica attuazione — un pienissimo incondizionato successo.

L'organizzazione fattane dall'ENIT con ogni più attenta cura venne da tutti i partecipanti continuamente apprezzata e caldamente elogiata come la più perfetta desiderabile.

Lo scopo di propaganda che l'ENIT si era prefisso, è stato in questo viaggio completamente raggiunto. È da rilevarsi che gli intervenuti erano medici di elevata condizione professionale, specialisti, direttori di istituti di cura, capi di clinica, ben noti e stimati nei rispettivi paesi; un insieme, adunque, di persone di cultura e di larghe cognizioni pratiche, assai in grado di osservare, di valutare, di giudicare con piena competenza.

Ebbene, per quei colleghi nostri le tappe del *Nord-Sud* costituirono altrettante «sorprese», la scoperta di uno splendido mondo termale che forse nessuno di essi sospettava esistesse in Italia. Nè abbiamo il diritto di stupirci dello... stupore manifestato le tante volte lungo il viaggio da questa schiera di personalità mediche scese tra noi da lontani paesi: non è forse vero che gli stessi medici italiani, nella loro grandissima maggioranza, non conoscono molte delle nostre grandi stazioni di cura e quasi tutte le minori, e coltivano invece un più o meno indulgente scetticismo per le cure d'acque e gli... *acquaioli?*

Non meravigliamoci dunque se i pellegrini del *Nord-Sud* non si attendevano di vedere quanto avemmo la fortuna di mostrar loro. Parecchi di essi avevano seguito, negli anni scorsi, i *Voyages d'Etudes* francesi e gli *Studienreise* tedeschi, a moltissimi erano perfettamente cognite le più celebrate città d'acque d'Europa, onde era per loro facile la critica ed istintivo il confronto; ma la superba collana di stazioni termali ch'ebbero campo di visitare resistette stupendamente all'una ed all'altro.

Noi abbiamo infatti l'abitudine di proclamare la nostra inferiorità rispetto all'estero specialmente riferendoci all'organizzazione dell'*ambiente di soggiorno*, per il quale vanno famose molte e molte stazioni straniere, sieno esse di Francia, di Germania o di Boemia. Ma chi scorre l'elenco delle località visitate nel *Nord-Sud*, può facilmente convincersi che ciascuna offre caratteristiche ambientali proprie ricche di attrattive, e tutte presentano un grado di *comfort*, che in nessuna è inferiore al minimo desiderabile ed in moltissime paragonabile a quello delle più reputate dell'estero: tale fu l'impressione riportata dai medici del *Nord-Sud* e da essi francamente esternata.

Per la parte crenoterapica, inoltre, che agli occhi dei medici è la fondamentale, le undici stazioni comprese nel viaggio costituivano un «campionario» che destò negli ospiti il più profondo interesse, per la natura delle acque, parecchie delle quali non trovano altrove riscontro, per la perfezione degli impianti di cura, per la varietà delle cure e la loro serietà, raccomandate come sono a nomi illustri della medicina italiana — e quelli sì! — ben noti anche oltre i confini. Onde in ogni località i nostri colleghi ebbero un vasto campo di studio e d'osservazione, il quale — come dicevamo — mantenne sempre vivissimo il loro interesse e suscitò le molte volte la più schietta ammirazione, ch'essi tennero a palesare con le espressioni più lusinghiere.

Tale è dunque il risultato del *Nord-Sud*. Possiamo aggiungere che gli intervenuti manifestarono tutti il proposito di dare la più ampia diffusione, nei loro paesi, a quanto avevano veduto in Italia, e ciò con resoconti nelle società mediche, con conferenze, con articoli nei giornali e nelle riviste. Questo, meglio d'ogni altra parola, sta a dimostrare la profonda soddisfazione da essi provata, raccogliendo l'appello dell' ENIT, dalla visita alle maggiori stazioni idrominerali della penisola.

L'esito felicissimo di questo primo viaggio, la cui portata come fattore di vasta propaganda nazionale è manifesta, conforterà certamente l'ENIT ad effettuarne altri per gli anni venturi.

NOTIZIE DIVERSE.

Alla grande famiglia dei medici d'Italia.

Il generale medico capo della Sanità Militare, dott. Francesco Della Valle, presidente dei Comitati esecutivo e d'onore per la celebrazione dei medici caduti in guerra, ha diramato la seguente circolare ai medici italiani:

Il 1° novembre la classe medica italiana celebrerà, con un rito mistico e solenne, l'eroismo della quadruplice centuria di medici che caddero per la grandezza dell'Italia nostra.

Ed è con commozione che io dò questo annunzio che, mentre arresta le ansie sante delle famiglie dei Caduti, esalta l'orgoglio di quanti pensano che è doveroso rievocare il puro sacrifizio dei Colleghi che, deposti i libri e balzati d'un tratto dalle chete corsie ospedaliere al più aspro tirocinio di guerra, in un'aspirazione di superiore umanità, anelando alla vittoria, chiusero gli occhi mortali nella sublime visione unica della Umanità e della Patria.

Da tutte le contrade d'Italia, città e paesi, si muovano a migliaia i medici, per circondare, nell'ora della Sagra, l'ara monumentale eretta per eternare nel ricordo l'eroismo silenzioso, severo, umano, continuo, cosciente di quanti nella pura dignità del dovere e del sacrifizio, fecero dono della propria vita per salvare quella dei fratelli doloranti.

Fratribus ut vivam servares, munera vitae
Sprevisti — O Pietas maxima, digna Deo.

Colleghi!

E quando nell'ora solenne, all'augusto cenno di S. M. il Re d'Italia, apparirà il Monumento circondato da cuori vigili ed intelletti pensosi, da bandiere di trionfo e vessilli di pace, da gagliardetti fiammanti e da trofei di santa fratellanza, l'alloro del Palatino sarà deposto sull'ara che porta incisi nel granito della storia i nomi degli Eroi, e Carlo Del Croix, l'aedo dei tempi nuovi, il veggente che si leva su tutti con la fede eroica e la luce del vivente sacrifizio, dirà le laudi del medico caduto in guerra.

La Città di Firenze, che conosce tutte le devozioni e tutte le gentilezze, tutti i sacrifizi e tutte le nobiltà, sarà degna sede di sì grandioso e mistico rito.

N.B. - Il Consiglio dei Ministri, in via del tutto eccezionale, ha concesso il 75 % di ribasso ferroviario ai medici tutti ed alle famiglie dei medici caduti, ed il 50 % alle mogli dei medici viventi, ed alle infermiere volontarie della C. R. I. Per avere tessere, schede, biglietti d'invito alla cerimonia, pubblicazioni, programmi, tutto gratuitamente, rivolgersi al Segretario Generale della Celebraz. del Medico Caduto in Guerra, Dr. Federigo Bocchetti - Scuola di Sanità Militare - Firenze.

Al Congresso italiano di Medicina interna,

che si aduna a Milano dal 28 al 31 ottobre, sotto la presidenza dell'illustre clinico sen. Maragliano, saranno rappresentate tutte le Scuole mediche italiane e interverranno in numero ingentissimo i congressisti, da ogni parte d'Italia, grazie al richiamo esercitato dalla grande Metropoli lombarda, all'attivo lavoro della segreteria, all'interesse destato dai temi posti in discussione e che qui riportiamo:

1. Sindromi surrenali; relatori N. Pende e C. Piazza;
2. Progressi sulla diagnosi delle nefriti; relatore L. Ferrannini;
3. Le indicazioni della operabilità nelle varie forme di splenomegalia, in comune alla Società di Chirurgia; relatori F. Micheli e Cappelli.

L'Istituto climatico della C. R. I. "Cesare Battisti"

Ha iniziato la sua funzione il Sanatorio antitubercolare che la Croce Rossa Italiana ha istituito in prossimità di Roma, in località elevata ed amenissima, che si presta ottimamente alla cura climatica dei malati di petto.

L'Istituto, diretto dal prof. Guido Mendes, è dotato di tutti i più moderni impianti per la cura e per la profilassi della tubercolosi polmonare, di gabinetto radiologico, di laboratorio per analisi chimiche e batteriologiche, e di un bell'impianto idroterapico.

Non presenta nessun carattere deprimente ed ospitaliero. All'esterno un parco ombroso e ricco di alberi secolari, nell'interno ampi *halles* luminosi, graziose sale di riunione, di giuoco, di lettura, ecc.; i rivestimenti sono a base di *linoleum* e di *lincrust*, di mattonelle vetrificate e di smalto.

Il Sanatorio, così come lo vollero il venerando prof. Marchiafava e gli altri benemeriti che con lui ne studiarono e ne compierono l'attuazione, è realmente un istituto destinato al sollievo dei poveri e delle classi meno abbienti.

La retta giornaliera stabilita per gli infermi, siano essi inviati da Opere assistenziali, sia pagati in proprio, è press'a poco la medesima che si paga per gli infermi ricoverati negli ospedali comuni di Roma, ed entro tale prezzo modesto sono comprese, oltre la completa pensione, tutte le medicine e le cure, tra cui quella del pneumotorace quando occorra applicarla, le ricerche radiologiche e chimico-batteriologiche che si rendano necessarie, ecc.

Per venire ammessi in cura occorre farne domanda alla Direzione dell'Istituto Climatico: via Portuense, 134 - Roma (43).

Nomine a sottotenente medico di complemento.

Con circolare n. 411 del Ministero della Guerra (Giorn. Milit. Uff., dispense 29-43), viene stabilito quanto appresso:

I sottotenenti di complemento delle varie armi e corpi che aspirino alla nomina a sottotenente di complemento nel corpo sanitario militare dovranno sostenere presso le direzioni di sanità di corpo d'armata: per gli aspiranti a sottotenente medico un esame teorico sul servizio sanitario militare in pace e in guerra; per quelli a sottotenente chimico-farmacista un esame teorico sulle speciali mansioni dell'ufficiale chimico-farmacista nel servizio sanitario in pace e in guerra.

Le commissioni esaminatrici saranno composte

presso ogni Direzione di Sanità, del direttore dell'ospedale militare principale e di un ufficiale medico superiore per gli ufficiali medici e di un ufficiale superiore medico-farmacista, per gli ufficiali farmacisti, da nominarsi dal Comando del Corpo d'Armata.

Le domande, corredate del titolo di studio richiesto, dovranno essere inviate al Ministero della Guerra pel tramite del Comando del Distretto militare per gli aspiranti in congedo o del Comando del Corpo da cui dipendono per quelli in servizio, unitamente ad una dichiarazione sulle condizioni di idoneità fisica dell'ufficiale.

Scuola di Odontojatria e Protesi dentale annessa alla R. Università di Bologna.

Sono aperte le iscrizioni dei Medici Chirurghi al Corso annuale 1924-25, pel conseguimento del diploma di perfezionamento in Odontojatria e Protesi.

Essendo il numero dei posti limitato l'accettazione viene regolata secondo la priorità nella presentazione dei documenti e pagamento delle relative tasse.

Per programmi ed informazioni rivolgersi presso la Segreteria della Facoltà di Medicina e Chirurgia della R. Università di Bologna e presso la Direzione dell'Istituto Clinico per le Malattie della Bocca, via S. Vitale, 59 - Bologna (13).

Esami di Stato.

Con decreto-legge in corso, comunicato ai rettori delle Università con circolare in data 10 ottobre 1924, n. 16632 del Ministero della P. I., i laureati nell'anno scolastico testè decorso sono esonerati dagli esami di Stato.

Rimandiamo a un prossimo numero la pubblicazione dei principali articoli del regolamento.

Si è spento in Roma, sua patria, il dott. cav. EMILIO GARELLI, medico colto e valoroso. La Sua vita fu tutta un apostolato. Affrontò subito l'esercizio della condotta e nel duro calvario segnò le tappe di Collevecchio, Bevagna e Campagnano, finchè nel 1886 venne chiamato ad una delle condotte comprimarie di Civita Castellana. Fu qui che esercitò ininterrottamente per ben 28 anni, i migliori della sua vita, dedicata tutta in pro' dei sofferenti, ai quali non solo recava l'aiuto dell'arte sua, ma tutto il conforto della sua anima, tutta la pietà dell'innata sua bontà.

Chi scrive queste brevi note, con l'animo ancora sgomento e dolorante per la Sua dipartita, lo conobbe a Civita Castellana nel 1895, e lo ebbe compagno nella diuturna fatica per ben 18 anni!

Nè il Garelli fu soltanto ottimo medico, ma esplicò anche la sua attività di cittadino, di filantropo, di patriota in molteplici uffici, lasciando ovunque luminose traccie di bontà, di esattezza, di integrità.

Quando si scatenò la guerra europea, egli vide giunta la sua ora, e fu entusiasta di prendere servizio nella Sanità Militare. Fu elevato così al grado di tenente-colonnello medico: al Celio fu vice-direttore e direttore del Reparto osservazione; quindi fu nominato direttore dell'Ospedale di via Boezio.

Rigido nell'adempimento del suo dovere, fu però sempre guidato da sentimenti di onestà e di giustizia, facendo prevalere il criterio professionale sopra qualunque altra considerazione di opportunità.

Con lui scompare una di quelle rare, nobili figure di gentiluomo di vecchio stampo, lasciando ai figli una superba eredità di onore.

V. RAINALDI.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali (S). L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXXI **Roma, 3 Novembre 1924** **Fasc. 44**

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA DERMOSIFILOPATICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
diretto dal prof. L. PHILIPPSON.

Per la ricerca del bismuto nei liquidi organici.

Dott. P. AMODEI, interno.

INTRODUZIONE. — Entrato definitivamente, il bismuto nella terapia della sifilide, dopo le comunicazioni di Sazerac-Levaditi (Accademia delle Scienze Mediche di Parigi 21 maggio 1921) e di Fournier-Guenont (Accademia delle Scienze Mediche di Parigi 7 ottobre e 10 novembre 1921) gli sperimentatori si sono preoccupati di ricercarlo nell'urina, nella saliva, nel siero di sangue, nella bile, nel liquido cefalo-rachidiano, nel sudore, ecc., ecc., e ciò per stabilirne il tempo e le vie d'assorbimento e di eliminazone; il luogo prediletto di fissazione, ecc., ecc.

METODI ANTICHI PER LA RICERCA DEL BI. — Da Orfila, primo sperimentatore, fino a pochi anni addietro numerosi sono stati i metodi proposti ed attuati per mettere in evidenza il Bi. a mezzo di reazioni chimiche.

Tali metodi, però, avevano lo scopo di ricercare il metallo contenuto nei liquidi in quantità notevoli e, come tali, rispondevano ottimamente allo scopo.

Le ricerche più delicate erano infatti quelle di cui si occupava la medicina legale in casi di avvelenamento da Bi. Ma con tale evenienza, nei liquidi organici e negli organi stessi, si trovava sempre accumulata una quantità notevole di metallo che, facilmente, veniva messa in evidenza.

Assai facilmente si comprende dunque come questi metodi non si sono potuti adoperare per ricerche chimico-cliniche sensibilissime.

Se si pensa infatti che, nella Bi-terapia, a individui di 60-80 Kg. di peso, si iniettano, ogni 3-5 giorni, ctgr. 4-7 di Bi. elemento; se si considera che detta quantità, distribuita a tutto l'organismo, si elimina in un tempo assai lungo e attraverso varie vie: reni, intestino, ecc., si comprende facilmente come, nei liquidi organici da esaminare, si trovino soltanto tracce infinitesimali del metallo; tracce che, dal più sensibile dei reattivi al-

lora usati, non potevano essere messe in evidenza.

Gli è perciò che, in questi ultimi anni, chimici e medici si sono preoccupati di sperimentare reattivi che, altamente sensibili e nettamente specifici, consentissero le accennate ricerche.

METODI MODERNI PER LA RICERCA DEL BI. NEI LIQUIDI ORGANICI. — La prima spinta a questi tentativi partì da Parigi.

Subito dopo le cennate comunicazioni di Sazerac-Levaditi; Fournier-Guenont, l'Aubry, chimico francese, modificando il reattivo di Lèger, presenta un metodo sensibile di ricerca del Bi. contenuto in lievi tracce nei liquidi organici.

L'Aubry è quello stesso cui si deve la preparazione di un prodotto terapeutico di Bi. il Quinby (jodo bismutato di chinina).

Dopo Aubry, un chimico italiano, il Ganassini, presenta un nuovo metodo sensibile di ricerca: quello col cloruro stannoso.

Anche al Ganassini si deve la preparazione di un preparato di Bi: lo Spironal (citro bismutato sodico).

Al Ganassini seguì un altro chimico italiano: il Dezani che, poco soddisfatto dei risultati che si ottenevano con i predetti metodi, volle sperimentarne un altro.

Nessuno di questi metodi ha però, fino ad oggi goduto dell'unanime consenso dei ricercatori che, divisi in varie tendenze, movendo obbiezioni e critiche, hanno preferito ora l'uno ora l'altro lanciando, contro i rimanenti, l'anatema.

SCOPO DEL PRESENTE LAVORO E ORDINE D'ESPOSIZIONE. — Essendo, la ricerca del Bi. nei liquidi organici, una delle operazioni cui, assai spesso, è costretto a ricorrere il clinico nella sua pratica ed essendo le opinioni sui varii metodi assai controverse ho voluto, a tale argomento, portare il mio modesto contributo.

Descriverò, dapprima, esattamente la tecnica di ciascun metodo accennando alle critiche maggiori ad esso mosse; dirò quindi su quanto personalmente ho potuto constatare, infine esporrò alcune esperienze eseguite.

METODO DEL GANASSINI. — « Si fa una soluzione di cloruro stannoso sciogliendo gr. 10 di questo sale in 10 cc. di acido cloridrico concentrato ed aggiungendo poi 90 cc. di acqua distillata. A 10 cc. di liquido organico in esame si aggiungono 2 cc. del reattivo e quindi 5-6 cc. di soda caustica al 20%. Si forma un precipitato che, in presenza di Bi, si separa, sotto forma di sedimento, dopo circa 25-30 m'; colorandosi in grigio o in nero a secondo il maggiore o minore contenuto di Bi. Con tale metodo si deve procedere alla lettura della reazione *non dopo i 30 m'*; giacchè, dopo tale tempo, anche il precipitato delle urine esenti da Bi. assume, talvolta, una colorazione grigio nerastra ».

Le esperienze personali mi permettono di muovere a tale metodo due gravissime obbiezioni:

1.) scarsa sensibilità del reattivo;

2.) non specificità della reazione.

Aggiungendo, infatti, all'urina bismutica, il reattivo e quindi la soluzione di soda caustica si forma un precipitato che, lentamente depositandosi al fondo del recipiente, assume una tinta grigio scuro. Ma detta colorazione, lungi da essere specifica dell'urina bismutica, appartiene anche a quella normale che, posta nelle medesime condizioni d'esperimento, presenta costantemente la formazione di un precipitato che, come il precedente, depositandosi lentamente al fondo del recipiente, assume, esso pure, una tinta grigio-oscura. Nè il limite di tempo, dal Ganassini stesso fissato per evitare tale inconveniente e procedere, in tempo utile, alla lettura della reazione, è sufficiente ad evitare tale gravissimo contrattempo, giacchè il precipitato dell'urina normale, assume tale colorazione entro la prima mezz'ora.

Nè la gradazione di colorazione può essere adoperata a fini differenziali in quanto chè, assai frequentemente, il precipitato maggiormente tinto è quello dell'urina normale; fatto, questo, dovuto al pigmento proprio dell'urina in esame che ha la sua grande prevalenza nella colorazione dl precipitato.

A riprova di ciò, infatti, tale metodo, sperimentato sul liquido cefalo-rachidiano e sulla saliva, liquidi privi di pigmento, determina in essi la formazione di precipitato biancastro del tutto eguale sia nei liquidi normali che bismutici.

METODO DEL GANASSINI MODIFICATO. — Della veridicità di quanto sopra e cioè della scarsa sensibilità del reattivo e della non specificità della reazione si sarà, probabilmente, accorto il Ganassini stesso che, in un secondo tempo, ha sentito il bisogno di modificare il suo metodo, a fine di evitare tali gravissimi inconvenienti, in questo modo; a 100 cc. di urina in esame si aggiungono 5 cc. di una soluzione, a parti uguali, di ammoniaca liquida ed acqua ossigenata. Il tutto, ben agitato è posto in una bevuta e riscaldato fino ad ebollizione. Si forma così un precipitato

di fosfati, che, depositandosi al fondo del recipiente, trascinano il Bi esistente nel liquido.

Detto precipitato viene quindi raccolto in un piccolo filtro e lavato, a 2 riprese, con acqua distillata. Su esso si versa il reattivo preparato da recente e composto di: cmc. 1 di una soluzione al 10% di cloruro stannoso e cc. 5 di soluzione di soda caustica al 5 %. Dopo 10 m', circa, il precipitato assume un colorito variabile dal grigio al nero a seconda della quantità di Bi in esso contenuto. Ma anche con tale modifica, a mio modo di vedere, l'A. non riesce per nulla a rendere specifico e sensibilissimo il suo metodo. L'aggiunta del reattivo, al precipitato di urine normali, lo lascia perfettamente incolore. Ma ciò, eccetto in qualche caso, che sfugge alla regola forse per il fatto che quella urina contiene una quantità notevole di Bi, avviene anche nelle urine che, sicuramente, contengono Bi. Il metodo del Ganassini dunque, che, per la sua semplicità e rapidità d'esecuzione, assai meglio che gli altri, si sarebbe potuto prestare per ricerche cliniche non è assolutamente attendibile.

METODO DEL DEZANI. — Di questo metodo di cui brevemente, descrivo la tecnica, non mi sono a lungo occupato giacchè, come dalla letteratura in proposito si può rilevare, lo stesso Autore, dopo una lunga polemica sostenuta col Ganassini, per precisare quale fra i due metodi fosse il migliore, convenne essere ad esso preferibile quello col cloruro stannoso.

Tecnica:

Si pongono 10 cc. di liquido in esame in un tubo da centrifuga coll'estremità inferiore conica. Vi si aggiunge cc. 1 di soluzione di fosfato tricalcico in acido cloridrico concentrato purissimo (1%) e si agita vivamente. Indi si aggiungono cc. 2 di ammoniaca concentrata e si torna ad agitare. Si sottopone in liquido a centrifugazione; si decanta il liquido sovrastante, si spappola il centrifugato raccolto in fondo al tubo con 10 cc. di acqua ammoniacale e si centrifuga di nuovo. Se il precipitato ottenuto non appare bianco si ripete la operazione come sopra. Si scioglie quindi il precipitato in 2 goccie di acido cloridrico concentrato e vi si aggiungono 1 cc. di acqua e 3 gocce di soluzione di joduro di K al 25 %. Se il liquido in esame è normale non si ha nessun cambiamento di colore nella reazione, se invece contiene Bi comparirà una colorazione gialla più o meno intensa a secondo della quantità di bismuto.

METODO DI LÈGER AUBRY. — Il reattivo di Lèger modificato da Aubry (sostituzione della chinina alla cinconina) a dire dell'Autore, mette in evidenza il Bi contenuto nei liquidi organici in proporzioni di 1 : 600,000. Perchè ciò avvenga è necessario però prima essiccare detti liquidi e poi calcinarli fino ad ottenerne ceneri bianche e ciò a fine di distruggere totalmente le loro sostanze organiche; poi liberare il Bi, contenuto in detto residuo, con una soluzione calda di acido nitrico in acqua distillata (1 : 10) e finalmente, in questa soluzione nitrobismutica, saggiare il reattivo.

REATTIVO DI AUBRY. — Si prepara nella seguente maniera: gr. 2 di joduro di potassio puro si sciolgono in cc. 100 di acqua distillata; a parte gr. 1 di solfato di chinina pura si scioglie in quanto basta, *e non in eccesso* di acido nitrico purissimo. Si riuniscono le due soluzioni ed il reattivo è pronto all'uso. Aggiungendo, infatti, poche gocce di questo reattivo ad una soluzione bismutica, priva di sostanze organiche, si ha istantanea formazione di precipitato rosso-arancio, più o meno carico a secondo la quantità di Bi contenutovi, che, lentamente, deposita al fondo del recipiente.

Il precipitato così ottenuto è dovuto alla formazione di un prodotto chimico complesso: l'jodo-bismutato di chinina.

CRITICHE MOSSE AL METODO AUBRY. — Il reattivo di Lèger-Aubry ha subito l'ostracismo della maggior parte dei ricercatori del Bi contenuto in lievi tracce nei liquidi organici, che lo hanno, a torto, bandito dalla loro pratica a causa della sua supposta aspecificità.

Fra quelli che hanno usato questo reattivo: il Pomaret, chimico francese, ad esempio, ricercatore del Bi nel liquido cefalo-rachidiano, dice di avervelo trovato ma di non essere sicuro della specificità della reazione.

Così pure l'Jeanselme, clinico francese, che, dopo aver rinvenuto, lo scorso anno, il Bi nel liquido cefalo-rachidiano dice ora (*La Presse Médicale*, anno 924 n. 23) di non avervelo più trovato.

A che cosa attribuire tali controversi risultati, dicono gli studiosi, se non alla mancata specificità del reattivo di Aubry?

Secondo mie esperienze vi possono essere, usando del metodo di Aubry, parecchie cause di errori tali che, chi non le conosce epperò non li evita, sarà costretto a scartare questo metodo.

Difatto è vero che con esso, frequentemente, si sono ottenute reazioni di colore che non si debbono attribuire al Bi, ma sono errori, per

quanto lievissimi, di tecnica che a ciò inducono.

È alla scarsa purezza delle sostanze che lo compongono è al lieve eccesso di acido nitrico impiegato, è, più specialmente, al modo di svaporare i liquidi e di riprendere il Bi dal residuo che si debbono tali falsi risultati.

TECNICA ESATTA DI PREPARAZIONE DEL REATTIVO DI AUBRY. — Come ho accennato, uno degli errori che deve essere evitato nella preparazione di questo reattivo, è l'impiego di sostanze chimicamente non pure e, specialmente, dell'acido nitrico che deve essere assolutamente privo di quella colorazione giallastra che spesso assume per trasformazione in acido nitroso nitrico.

Altro errore, da evitare assolutamente, è l'eccesso di acido nitrico occorrente per sciogliere il solfato di chinina. Ciò si può evitare in questo modo: gr. 2 di joduro di potassio puro si sciolgono in cc. 95 di acqua distillata; a parte gr. 1 di solfato di chinina si scioglie in cc. 5 di acqua distillata leggermente acidulata con poche gocce di acido nitrico. Le due soluzioni si riuniscono.

MODIFICA AL REATTIVO DI LÈGER-AUBRY. — Il reattivo di Lèger-Aubry presenta un inconveniente; quello, cioè, che è necessario prepararlo volta per volta alterandosi esso in poche ore. Detta alterazione si rende obbiettivamente palese mediante la formazione di un lieve precipitato rossastro che, depositandosi sulle pareti e nel fondo del recipiente, rende non adoperabile il reattivo il quale, per tale fatto, ha perduto la sua sensibilità ed anche, a causa del colore del precipitato, assai simile a quello dell'jodo-bismutato di chinina, la sua specificità.

Detta alterazione è dovuta al fatto che l'jodio del Joduro di potassio in presenza di chinina in ambiente acido precipita assumendo una colorazione rossastra.

Supponendo, e non a torto, che la poca stabilità del reattivo fosse dovuta alla presenza, in esso, dell'acido nitrico, decisi di sopprimerlo riuscendovi con la seguente tecnica: si scioglie, a caldo, gr. 1 di solfato di chinina in cc. 40 di glicerina. A parte si sciogliono gr. 2 di joduro di potassio in 60 cc. di acqua distillata. Le due soluzioni, riunite, vengono conservate in bottiglia oscura.

Con tale artificio si ottiene un reattivo che può essere conservato con sicurezza, non alterandosi per nulla, per 15-30 giorni.

PRECAUZIONI DA PRENDERE NELLA CALCINAZIONE DELLE SOSTANZE ORGANICHE DEI LIQUIDI IN ESAME E NELLA LIBERAZIONE DEL BI. DAL RESIDUO. — I. — Una delle delicate operazioni che richiede il metodo di Aubry è la distruzione delle sostanze organiche dei liquidi in esame.

La maggior parte degli sperimentatori ha provveduto a tale necessità essiccandole prima e calcinandole poi in capsule di porcellana fino ad ottenere residuo bianco.

Ma se tale tecnica è sufficiente per mettere in evidenza il Bi. contenuto abbondantemente nei liquidi organici oppure, anche quando vi è contenuto in tracce infinitesimali, si dispone di notevole quantità (100 cc. ad es.) di liquido, essa non è corretta quando si ha in esame, supponiamo, del sudore, del liquido cefalo-rachidiano, di cui si suppone raccogliere solo pochi cc.

In tal caso, infatti, la grande dispersione di calore che si ha nelle capsule di porcellana esposte alla fiamma Bunsen, fa sì che non si ottengano le ceneri perfettamente bianche (indice della totale distruzione delle sostanze organiche) se non dopo un tempo relativamente lungo.

Ma durante questo tempo, a causa della prolungata esposizione a forte calore, la piccolissima quantità di Bi del residuo, liberatosi sotto forma di ossido, sublima completamente.

Occorre dunque distruggere le sostanze organiche rapidamente a far sì che l'ossido di Bi che si forma si condensi sopra un coperchio che, quasi ermeticamente, chiuda il recipiente posto sul fuoco.

L'ideale sarebbe distruggere le sostanze organiche dei liquidi in esame, in precedenza essiccati e carbonizzati in capsule di porcellana, in piccole capsule di platino chiuse ermeticamente. Ma, reagendo il platino col Bi, ciò non è possibile.

In sostituzione conviene quindi usare crogiolini di quarzo che, ottimamente, corrispondono allo scopo.

II. — Ottenuto il residuo, completamente bianco, da esso, secondo istruzione degli sperimentatori, si deve estrarre il Bi a mezzo di qualche cc. di soluzione nitrica (1:10) calda. Anche questo è un gravissimo errore.

L'acido nitrico della soluzione infatti, sottoposto a riscaldamento, si trasforma, tutto o in parte, in acido nitroso nitrico cui è dovuta l'istantanea formazione di precipitato rosso-mattone all'aggiunta del reattivo. Precipitato che, formandosi sia nella soluzione nitrica che si è adoperata per liberare il Bi dal residuo, sia in quella di cui si è fatto uso per sciogliere il residuo del liquido normale (prova di controllo), falsa completamente il risultato finale.

Tale inconveniente va eliminato liberando il Bi del residuo con poche gocce di soluzione

nitrica fredda che, ottimamente, risponde alle bisogna.

III. — Ma usando del reattivo di Lèger-Aubry, così come è descritto dagli autori, ad un altro grave inconveniente si va incontro.

L'acido nitrico esistente nel reattivo sommato all'acido nitrico della soluzione, che è servita a riprendere il Bi dal residuo, costituisce un eccesso cui è dovuta la istantanea formazione di precipitato rosso-mattone sia nei liquidi bismutici che normali.

Usando invece il reattivo di Lèger-Aubry modificato come sopra si evita tale inconveniente. La tecnica da eseguire è questa: Si versano poche gocce di una soluzione nitrica al 10 %, in precedenza preparata, nel crogiolino di quarzo contenente il residuo calcinato del liquido in esame.

Altrettanto se ne versano sulla faccia inferiore del coperchio che è servito a chiuderlo e sul quale, nella totalità dei casi, si trova Bi. Dopo 1-2 m'. si fa gocciolare questo liquido in apposite capsule di porcellana e si aggiungono 4-6 gocce del reattivo privo di acido.

Così agendo, ogni qualvolta si opera su residui di liquidi organici bismutici, si ha costantemente istantanea formazione di precipitato rosso-arancio che non si ha invece quando si opera sui liquidi normali.

IV. — Un altro errore da evitare è la deficiente calcinazione delle sostanze organiche dei liquidi in esame. Si ottengono in tal caso ceneri brune che, sciolte nella soluzione nitrica, la colorano più o meno, vietando così qualunque leggibilità delle reazioni. Si presenta così, la necessità di procedere a filtrazione il che, nella maggior parte dei casi, può diventare causa di errori. Lavorando, ad es., sul liquido cefalo-rachidiano e sul sudore di cui si possono solo avere piccole quantità, si ottiene uno scarso residuo solubile in 3-4 gocce di soluzione nitrica.

Se questa viene quindi colorata dal residuo nerastro, per cui è necessario filtrarla, tale operazione è solo consentita in un piccolo filtro in precedenza, a fine di evitare il totale assorbimento della soluzione nitro-bismutica, bagnato con acqua distillata. Ma, in tal caso, l'acqua del filtro, costituendo un eccesso, determina, in contatto con la soluzione nitro-bismutica, la precipitazione del metallo che, sotto forma di sottonitrato di Bi, non attraversa più il filtro e non compare, quindi, nel filtrato.

V. — Alla lettura della reazione si deve procedere subito dopo aver aggiunto, alla soluzione nitro-bismutica ottenuta o alla soluzione nitrica che si è adoperata per sciogliere il residuo normale, il reattivo. Lasciando infatti in contatto per 2-3 ore il reattivo con le predette soluzioni si forma un precipitato rossastro dovuto, come avanti ho detto, alla reazione dell'jodio e della chinina in ambiente acido.

RIASSUNTO. — Preparando dunque il reattivo con la tecnica su descritta, evitando, cioè l'uso di sostanze chimicamente non pure; calcinando completamente in un crogiolino di quarzo, chiuso da apposito coperchino; riprendendo il residuo esistente non solo nel fondo di esso ma anche nella faccia inferiore del coperchio, dove assai spesso è contenuta la maggior parte ed anche la totalità del Bi, con poche gocce di una soluzione fredda di acido nitrico in acqua distillata; evitando di filtrare, etc., si ottiene, ogni qualvolta si è in presenza di liquido bismutico, una reazione netta, specifica, sensibilissima.

INTERPRETAZIONI DELLE CONTROVERSIE ESISTENTI SUL MET. DI AUBRY. — Gli autori, quindi, che hanno detto essere il reattivo di Aubry assolutamente aspecifico saranno, evidentemente, caduti in uno o più dei cennati errori.

Giacchè, se così non fosse stato, essi non avrebbero potuto che confermarne la indiscutibile sua bontà per quanto riguarda la specificità e la sensibilità.

Affermazione questa che a me è consentita dalla scorta di numerosissime esperienze.

ALTRO METODO DI DISTRUZIONE DELLE SOSTANZE ORGANICHE. — Al metodo di Aubry, veramente ottimo per la ricerca del Bi, contenuto in lievi tracce nei liquidi organici, si può muovere l'appunto della lunga tecnica d'esecuzione. Appunto che, trattandosi di ricerche a scopo clinico, ha la sua ragione d'essere.

Siccome la maggiore perdita di tempo si deve all'esatta calcinazione dei residui dei liquidi organici in esame ho voluto trovare un metodo che, più rapidamente, consentisse la totale distruzione delle sostanze organiche.

La tecnica da me seguita è stata quella proposta da Danger e Flaudin: Versavo in una capsula di porcellana 3-6 cc. di urina e vi aggiungevo cc. ½-1 (1 : 6) di acido solforico puro. Agitato il miscuglio lo esponevo per 10-15 m', alla fiamma Bunsen. In un primo tempo, a quasi completa evaporazione, si ottiene un residuo poltiglioso nerastro che quindi, a eliminazione completa dei vapori di $H_2\ SO_4$, assume una colorazione bianchissima. Queste ceneri vengono trattate col reattivo di Aubry: Lasciata raffreddare la capsula, si raschia detto residuo che, raccolto dentro una capsulina contenente gocce di una soluzione nitrica al 10%, ed agitando vi si scioglie completamente. Aggiungendovi, quindi, qualche goccia del reattivo di Aubry, modificato come sopra ho

detto, il liquido ottenuto assume rapidamente una colorazione giallo-arancio con qualche sfumatura rossastra più o meno carica a secondo della quantità di Bi esistente nel residuo.

Questa tecnica consente lavoro rapido e di facile esecuzione; s'ottiene, d'altra parte, la totale distruzione delle sostanze organiche e quindi residuo nettamente bianco sul quale, assai agevolmente, si può apprezzare qualunque reazione di colore.

Così operando, evidentemente, ci si trova in condizioni d'esperimento del tutto diverse da quelle previste da Aubry.

Ciò non pertanto nessun dubbio può esistere sulla specificità della reazione in quanto io ottenni risultati costantemente negativi in circa 100 residui d'urina normale mentre, nei residui di circa 200 urine d'individui sottoposti a Bi-terapia, potei, costantemente, mettere in evidenza il Bi.

Tale tecnica di distruzione delle sost. organiche è però solo applicabile all'urina.

Nè il liquido cefalo-rachidiano, nè la saliva, nè gli altri liquidi organici calcinati col metodo Danger-Flaudin (ac. solforico), lasciano le ceneri bianche proprie del residuo urinoso.

ESPERIENZE PERSONALI. — Acquistata la sicurezza della perfetta sensibilità e specificità del metodo di Aubry, il cui reattivo è capace di rivelarci, nei liquidi organici, le tracce infinitesimali di Bi contenutevi, ho proceduto ad una serie di esperimenti, scopo dei quali era mettere in evidenza il metallo contenuto nell'urina e nella saliva d'individui sottoposti a Bi-terapia.

Di tali liquidi, in un primo tempo, adoperai quantità notevoli che poi ridussi di assai (8-10 cc.) essendo sufficienti a darmi la reazione. Ho così potuto esaminare a varie riprese, in orarii e giorni differenti le urine e la saliva di circa 50 soggetti sifilitici sottoposti a Bi-terapia cui erano stati iniettati quantità varie di preparati specifici diversi:

N. 1. Ammalato A. M. Sifilide ignorata W. S. M. + + + Al momento del primo prelevamento di materiale ha ricevuto n. 6 iniezioni di Oleo-Bi-Roche da 2 cc. Esito della ricerca del Bi nell'urina: esaminata per 5 volte in orarii e giorni differenti; positivo. Esito della ricerca del Bi nella saliva esaminata per 2 volte: negativo.

N. 2. Ammalato A. A. Sifilide ignorata: da 4 anni ingrossamento ligneo testicolo destro. W. S. M. + + + n. 10 iniezioni di Spirobismol da 2 cc. Urina esaminata per 5 volte con esito costantemente positivo. Saliva: esaminata 2 volte con esito negativo.

N. 3. Ammalato A. G.: Sifilide antica W. S. M. + + + n. 4 in. di Quinby da 3 cc. Urina: idem come sopra. Saliva; idem come sopra.

N. 4. Ammalato B. V.: Sifilide da 2 mesi W. S. M. + + + n. 2 in. di Quinby da 3 cc. Urina idem. Saliva idem.

N. 5. Ammalato B. A.: Sifilide dal 1920 non curata. Poliadenite. Aborti W. S. M. + + + n. 10 in. di Spirobismol da 2 cc. Urina: idem. Saliva idem.

N. 6. Ammalato C. I. Demenza paralitica W. S. M. + + + n. 3 in. di Quinby da 3 cc. Urina idem. Saliva idem.

N. 7. Ammalato C. A.: Sifiloma iniziale al solco coronario W. S. M. + + + n. 10 in. di Spirobismol da 2 cc. Urina idem. Saliva idem.

N. 8. Ammalato C. G.: Sifilide antica W. S. M. + + + n. 8 in. di Allosann da 2 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 9. Ammalato C. F.: Sifiloma prepuzio. Adenite inguin. destra W. S. M. + + + n. 5 in. di Spirobismol da 2 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 10. Ammalata C. G. Sifilide antica. W. S. M. + + + n. 5 in. di Bismucol da 5 cc. Secondo trattamento Urina: idem. Saliva: idem.

N. 11. Ammalato C. G.: Nel 1922 sifiloma e roseola. Curato in precedenza con Bismucol (gr. 1,8) W. S. M. + n. 4 in. di Bismucol da 5 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 12. Ammalato C. S.: Sifilide antica poco curata. Gomme cavo popliteo destro. W. S. M. + + + n. 2 in. di Oleo-Bi-Roche. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 13. Ammalato D. B. D.: Sifiloma solco. Fimosi. W. S. M + + + n. 4 in. di Spiro-bismol da 2 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 14. Ammalata D. C. S. Sifilide da 3 anni; da 4 mesi esantema papuloso a piccoli elementi: W. S. M. + + + n. 2 in. di Spirobismol da 2 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 15. Ammalata D. F. Gomme ulcerate gamba s. W. S. M. + + + n. 4 in. di Spirobismol da 2 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 16. Ammalato G. G.: Sifilide antica. Da 3 mesi (?) Orchite gommosa con vasto infiltrato. W. S. M. + + + n. 6 in. di Spirobismol da 2 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 17. Ammalato G. I. Sifilide da 4 anni. Da un anno nessuna cura W. S. M. + n. 5 in. di Spirobismol da 2 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 18. Ammalato G. G.: Sifilide ignorata. Da 3 mesi infiltrato delle narici con tendenza a guarigione spontanea W. S. + M. — n. 4 in. di Quinby da 3 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 19. Ammalata G. G.: Poliadenite. 2 Aborti W. S. M. + + + n. 3 in. di Spirobismol da 2 cc. Urina idem. Saliva: idem.

N. 20. Ammalato I. E. Gomma testicolo destro W. + + + n. 11 in. di Casbis da 2 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 21. Ammalato L. F.: Sifilide da 4 mesi W. + + + n. 4 in. di Bismucol da 5 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 22. Ammalato L. N. A. Sifilide antica poco curata. W. + + + n. 6 in. di Bismucol da 5 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 23. Ammalato L. V. S. Sifiloma meato uretrale. Condilomi anali. Placche tonsillari. Poliadenite. W. S. M. + + + n. 8 in. di Spirobismol da 2 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 24. Ammalato L. T. A. Paralisi progressiva degli alienati. W. S. M. + + + n. 12 in. di Casbis da 2 cc. Urina: quest'urina, normale nei suoi componenti, esaminata per 11 vol-

te, in giorni ed orarii differenti, diede una reazione intermittente, indice di una irregolare eliminazione, attraverso i reni, del Bi. Fenomeno dovuto, probabilmente, a condizioni individuali anormali e non al prodotto in sè. Infatti in altri 4 soggetti (N. 20-29-32-43), trattati egualmente con Casbis, mai ebbi a riscontrare tale fatto. Saliva: esaminata per 2 volte con esito negativo.

N. 25. Ammalato M. C.: Sifilide da 2 mesi. W. + + + n. 4 in. di Quinby da 3 cc. Urina: esaminata per 5 volte con esito costantemente positivo. Saliva idem. come sopra.

N. 26. Ammalata M. B.: Sifilide da 5 anni. 2 Aborti. Cefalea. W. S. M. + + n. 4 in. di Bismucol da 5 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 27. Ammalato L. E.: Sifilide antica curata. W — n. 8 in. di Bismucol da 4 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 28 Ammalata L. C. Poliadenite. Epato e splenomegalia. W. S. M. + + + n. 6 in. di Quinby da 3 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 29. Ammalata L. A. Cefalea. 4 Aborti. W. + + + n. 2 in. di Casbis da 2 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 30. Ammalata M. C.: Vaste gomme ulcerate alle gambe W. S. M. + + + n. 10 in. di Spirobismol da 2 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 31. Ammalata P. I.: Sifilide antica poco curata. W. + + + n. 10 in. di Bismucol da 5 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 32. Ammalata P. D.: Sifilide da 8 mesi W. + + Secondo trattamento n. 2 in. di Casbis da 2 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 33. Ammalato P. G.: Sifilide antica. Emiplegia destra. W. S. M. + + + n. 2 in. di Quinby da 3 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 34. Ammalata P. N. Placche tonsillari. W. + + + n. 9 di Quinby da 3 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 35. Ammalato P. G.: Tabe dorsale. W. + n. 5 in. di Bismucol da 5 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 36. Ammalato R. E.: Postumi meningite, Sifilide da 9 anni poco curata W. + + + n. 6 in. di Bismucol da 5 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 37. Ammalato R. C.: Sifiloma frenulo W. S. + + n. 2 in. di Oleo-Bi-Roche da 2 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 38. Ammalato R. G.: Sifiloma meato uretrale W. S. M. + + + n. 3 in. di Quinby da 3 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 39. Ammalato S. P. Gomma ulcerata al glande. W. S. + + M. + n. 3 in. di Spirobismol da 2 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 40. Ammalato S. P.: Sifilide da 12 anni. W. + + + n. 9 in. di Allosann da 2 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 41. Ammalata S. D.: Esuberanti condilomi anali e vulvari. Placche labbra. W. S. M. + + + n. 2 in. di Spirobismol da 2 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 42. Ammalato S. G.: Sifilide antica. Da 10 anni nessuna cura. W. S. M. + + + n. 1 in. di Oleo-Bi-Roche da 2 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 43. Ammalato S. G.: Sifiloma al glande. Roseola. W. S. M. + + + n. 7 in. di Casbis da 2 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 44. Ammalata S. M.: Sifilide antica curata con 914 e quindi con Bismucol W. S. M. + + + Secondo trattamento n. 11 in. di Bismucol da 5 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 45. Ammalata T. G.: Sifilide antica trascurata. W. S. M. + + n. 3 in. di Bismuthoidol da 2 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 46. Ammalata U. N.: Sifilide da 4 anni. Piaghe gambe. W. — S. M. + n. 8 in. di Bismuthoidol da 2 cc. Secondo trattamento Urina: idem. Saliva: idem.

N. 47. Ammalato V. A.: Sifilide da 3 mesi. Roseola W. + + + n. 8 in. di Quinby da 3 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

N. 48. Ammalato V. S.: Aneurisma aortico. W. S. M. — Secondo trattamento. n. 6 in. di Spirobismol da 2 cc. Urina: idem. Saliva: idem.

RISULTATI OTTENUTI. — Nell'urina di 47 individui, sottoposti a Bi-terapia, ho potuto costantemente, a varie riprese, mettere in evidenza il Bi.

Dei 48 soggetti, da cui si prelevava tale materiale, uno solo ha fatto eccezione: il n. 24. In questo individuo, nell'eliminazione del Bi, attraverso il rene, si è notata una marcata intermittenza che, verosimilmente, non dipende dalla qualità del prodotto giacchè in altri quattro soggetti, cui si iniettava ugualmente Casbis, tale fenomeno non ebbe mai a verificarsi. Probabilmente, nel n. 24, sono anormali condizioni delle funzioni renali che generano ciò.

Nella saliva di 48 individui sottoposti al Biterapia non potei, pur avendola esaminata a varie riprese, mai rinvenire Bi e ciò contrariamente a quanto altri ricercatori hanno affermato.

L'esattezza della tecnica eseguita, che mi ha consentito l'allontanamento di ogni causa di errore, la costanza dei risultati ottenuti mi consentono di negare recisamente questa evenienza.

CONCLUSIONI.

In definitiva dunque:

I. Fra tutti i metodi sensibili, capaci cioè di rivelare il Bi contenuto in lievissime tracce nei liquidi organici, il migliore è quello di Aubry.

II. Esso è nettamente specifico.

III. Usandolo si può incorrere in parecchie cause di errori che, non allontanate, falsano i risultati finali.

IV. Il reattivo di Aubry modificato come avanti ho detto, è egualmente sensibilissimo e specifico, evita qualche causa di errore (eccesso d'acido nitrico), presenta il vantaggio di una lunga conservazione.

V. Le sostanze organiche dell'urina, a fine di risparmio di tempo si possono, con eguale esattezza, distruggere col metodo proposto da Danger e Flandin (acido solforico). Metodo, è bene ripeterlo, applicabile solo all'urina.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE INFANTILE « CESARE ARRIGO » DI ALESSANDRIA.

Sulla meningite da varicella (*)

per il dott. GIOVANNI DE TONI
primario pediatra e direttore.

Fra le malattie esantematiche dell'infanzia, la varicella è notoriamente la più benigna, sia per il decorso clinico, le cui ripercussioni sullo stato generale dell'organismo non sono quasi mai temibili, che per la rarità con cui sopraggiungono eventuali complicazioni; si comprende perciò come generalmente sia medici che profani, non annettano alcuna importanza a questa malattia, per la quale l'obbligo di denuncia fu stabilito soltanto allo scopo di evitare che per un deplorevole errore diagnostico, passi inosservato qualche caso di vaiolo.

Ma se le complicazioni della varicella sono molto rare, esse non sono poi eccezionali, e non sono neppure sfornite di qualsiasi gravità, come generalmente si crede; all'incontro, esse possono presentare talora una sintomatologia anche imponente.

Noi passeremo rapidamente in rassegna le complicazioni a carico del sistema nervoso, le quali, fra tutte le altre, sono certamente le più interessanti e le più degne di essere conosciute.

Fenomeni nervosi di grado anche notevole, si possono avere anzitutto nello stadio prodromico, generalmente nel giorno precedente l'esantema. Essi sono caratterizzati sopratutto da convulsioni (Kassowitz (1), Hunter (2), Tham (3), Cerf (4)), talora alternate con periodi di sopore, e accompagnate qualche volta da turbe del respiro, da perdita della coscienza, da eliminazione involontaria di feci e urine. Colla comparsa dell'esantema, tutti questi sintomi si dileguano; ad essi perciò noi non possiamo assegnare speciale importanza, nè dobbiamo invocare, per la loro interpretazione, un'azione specifica della tossina varicellosa; in effetto noi riscontriamo spesso fenomeni analoghi non solo nello stadio prodromico degli altri esantemi (scarlattina, morbillo), ma anche durante l'invasione della più gran parte delle malattie infettive ed in genere in tutte le malattie febbrili.

Noi prescinderemo perciò da questi banali sintomi d'irritazione corticale, per occuparci dei quadri morbosi che possono insorgere consecutivamente alla varicella, una o due e anche più settimane dopo l'apparizione dell'esantema, quando di questo per lo più non rimangono che scarse vestigia. Sono questi i casi che maggiormente è necessario tener presenti, per evitare di essere tratti su di una falsa strada.

Le complicazioni a carico del sistema nervoso periferico sono pressochè eccezionali; noi possediamo una sola osservazione di neurite ottica bilaterale (Chavernac (5)), e due casi di polineurite; per uno di questi, la cui descrizione venne fatta da Camus e Sézary (6), non può sussistere dubbio alcuno: si trattava di un bambino di 6 anni, che subito dopo di aver superato la varicella, ammalò di polineurite con miosite consecutiva. Ma se non si possono sollevare obbiezioni contro questo caso, per il quale la diagnosi era stata fatta da Déjérine, non si può dire altrettanto del caso, di Allaire (7), concernente un bambino di 8 anni, il quale un mese dopo l'eruzione di una varicella complicata da otite, presentò voce nasale, rigurgito, ecc. Questi sintomi notoriamente caratterizzano la polineurite post-difterica, e perciò noi siamo autorizzati a pensare che essi potessero derivare la loro etiologia da qualche localizzazione del bacllo di Löffler, passata inosservata, come non di rado avviene.

Maggiore interesse presentano i rapporti tra la varicella e le tossinfezioni dei gangli spinali, quali ed esempio l'herpes zoster. Dopo le prime osservazioni di von Bókay (8), che furono accolte con incredulità quasi generale, si è andata raccogliendo in proposito, durante questi ultimi trent'anni, una ricca e documentata casistica, che non può fare meno d'impressionare chi esamini i fatti con spirito sereno e li sottoponga ad una critica obbiettiva. A questo proposito, ricorderò incidentalmente che nel nostro ospedale avemmo occasione recentemente di fare un'osservazione estremamente suggestiva di varicella da herpes zoster: per i particolari rimandiamo al lavoro di Fornara ed Artom (9), i quali hanno illustrato questo caso interessante.

Un'altra malattia che ha indubbiamente delle relazioni, per quanto ne sia sconosciuto il meccanismo, con l'herpes zoster e la varicella, è la corea; noi diremo perciò brevemente anche di questa forma morbosa, interrompendo momentaneamente l'ordine della nostra esposizione. La corea come complicazione della varicella fu notata con una certa frequenza; ricorderemo l'osservazione di Menko (10), gli otto casi di Makenzie (11), quello di Netter (12). Per taluno può forse sussistere il dubbio, ma per altri, come ad esempio per il caso di Netter, non è possibile ammettere una pura coincidenza.

(*) Da una comunicazione alla Sezione piemontese della Società italiana di pediatria. (Seduta del 12 febbraio 1924).

E veniamo a parlare delle complicazioni a carico del midollo spinale: le osservazioni non sono numerose, ma non sono perciò meno prive d'interesse. Noi troviamo anzitutto il caso di Gay (13): bambino di 2 anni e mezzo, che 15 giorni dopo la eruzione di varicella, presentò una paraplegia, senza convulsioni, che durò tre settimane; la funzionalità motoria si ristabilì poi quasi completamente, e solo in questa epoca il paziente cadde sotto l'osservazione dell'A.; egli riferisce che il malato camminava a gambe divaricate, con andatura alquanto spastica, i riflessi tendinei erano deboli, e la sensibilità era abolita nelle porzioni distali degli arti inferiori. Come si vede, questo caso presenta una sintomatologia alquanto complessa, e di difficile interpretazione, tanto più che ci mancano i dati dell'esame elettrico, che non venne eseguito.

Parimente complicato, non per la sintomatologia, ma per i precedenti morbosi, è il caso osservato dal Marfan (14), e l'A. stesso riconobbe che in esso non può essere invocata la sola varicella, nella genesi della poliomielite.

Maggiormente persuasivi ci sembrano i casi di Rossi (15) e di Smith (16): nel primo si trattava di un bambino di 11 mesi, robusto e senza alcun precedente morboso, il quale presentò un'eruzione di varicella, con febbre elevata e contemporaneamente monoplegia del braccio destro, l'A. escluse la possibilità di una poliomielite epidemica, perchè fu colpito fin dall'inizio un solo arto, perchè mancò in seguito la atrofia, e perchè la guarigione fu completa e abbastanza rapida. Nel caso di Smith, il paziente era un bambino di 7 anni, il quale, due settimane dopo la comparsa dell'eruzione varicellosa, presentò paresi degli arti inferiori e dell'arto superiore di sinistra, con ipoestesia, e perdita di feci e urine; i sintomi lentamente regredirono ed il bambino fu dimesso guarito dopo due mesi di degenza.

Più numerose e, ciò che più conta, basate su più solidi fondamenti, sono le osservazioni di encefaliti complicanti la varicella. Citeremo anzitutto un'interessante osservazione di Marfan (17): in una bambina di 22 mesi, poco dopo la varicella, comparvero improvvisamente ptosi bilaterale, strabismo divergente ed oftalmoplegia esterna; reazione pupillare e fondo dell'occhio normali. Gli altri nervi cranici erano integri.

Non minore interesse presenta il caso riportato nell'eccellente memoria di Caccia (18): bambino di tre anni, che 15 giorni dopo l'eruzione di varicella presentò disturbi della loquela, andatura incerta a tipo paretico (specialmente paretico l'arto inferiore destro) e leggermente spastico, tremore intenzionale, leggera ipertonia, riflessi tendinei vivaci, Babinski a destra. I muscoli ed i nervi apparivano normali all'esame elettrico. Alla puntura lombare, il liquido esce sotto modica pressione, limpidissimo, non forma reticolo, glicorachia normale, albumina gr. 0,30 ‰, scarsissimi linfociti nel sedimento, culture sterili. I fenomeni, dopo alcuni giorni stazionarii, regredirono rapidamente e dopo quattro settimane il paziente abbandonava la clinica perfettamente guarito.

Non molto dissimile dal precedente è il caso riportato nell'accurato lavoro di Miller e Davidson (19): si trattava di un bambino di 2 anni e mezzo, che al 15° giorno di una varicella leggera, improvvisamente non fu più capace di reggersi in piedi, presentò disturbi della parola, tremore della lingua, del capo e delle gambe. In un mese guarigione completa.

In entrambi questi casi, la comparsa della polioencefalite non fu accompagnata da elevazioni termiche Un po' differenti sono le sintomatologie dei casi di Osler (20), che riscontrò, dopo la varicella un'emiplegia infantile, e di Bouvy (21) che vide svilupparsi in un bambino di tre anni il quadro classico della scerosi a placche.

***

Nelle storie cliniche degli ammalati, dei quali ci siamo fino ad ora intrattenuti, noi non abbiamo trovato alcun accenno a sintomi che attestassero in modo sicuro della compartecipazione delle meningi al processo tossi-infettivo complicante la varicella. Noi possediamo però alcune altre osservazioni, che ci dimostrano la possibilità di una localizzazione precipuamente meningea. Il Mya (22) notò in un bambino di 13 mesi, nove giorni dopo un'eruzione di varicella, un brusco rialzo termico, ed il mattino seguente, convulsioni cloniche a carico della branca inferiore del facciale di destra, della metà destra della lingua, e successivamente, degli arti di destra. Egli fece diagnosi di meningite tubercolare e praticò la paracentesi dei ventricoli laterali, ritirando grazie ad essa 50 cc. di liquido leggermente tinto dall'emoglobina. Lo stesso giorno il paziente morì, dopo aver presentate convulsioni anche a carico del facciale di sinistra. All'autopsia il Mya ebbe la sorpresa di trovare in luogo della sospettata meningite tubercolare, una pachimeningite interna emorragica, con essudato specialmente abbondante in corrispondenza della fossa cerebrale media di sinistra.

Meno completamente studiati sono i due casi riportati da Koplik (23), ma pure essi sono ugualmente interessanti per l'errore di diagnosi a cui diedero luogo; si trattava di due bambini, che dal 10° al 14° giorno dopo la varicella, presentarono una sintomatologia simile in tutto a quella della meningite tubercolare, con sopore crescente, delirio, febbre, agitazione, leggera idrocefalia e paresi degli arti. Questi sintomi, in luogo di progredire fatalmente, dopo un certo tempo si attenuarono e si ebbe rapida guarigione senza alcuna paralisi permanente. Il Koplik allora, rinunciò alla primitiva diagnosi di meningite tubercolare, e pensò ad un semplice meningismo.

Ricorderò infine la recentissima osservazione di meningite streptococcica postvaricellosa, fatta da Lenoble e Thiellement (24); si trattava di una bambina di 5 anni, nella quale la meningite ebbe inizio brusco e febbrile con evoluzione rapidamente fatale (36 ore).

Per quante ricerche bibliografiche abbia fatto, non mi è stato dato di trovare riportate altre osservazioni sicure di meningite da varicella, oltre alle quattro che ho più sopra ricordato. Aggiungerò che i casi veramente interessanti dal punto di vista diagnostico sono soltanto i primi tre, dinanzi ai quali dei clinici del valore di Mya e di Koplik, poterono essere tratti in errore, sì da pensare ad una meningite tubercolare. Nell'ultimo caso infatti la meningite purulenta rientrava evidentemente nel quadro di una sepsi generale secondaria a passaggio in circolo di streptococchi, penetrati probabilmente da una pustola varicellosa infettata.

Non sarà perciò inutile riportare una nostra osservazione personale, nella quale il decorso clinico e le ricerche di laboratorio, ci spinsero parimente in primo tempo a fare diagnosi probabile di meningite tubercolare.

V. Adelina, di anni 3 e mezzo, da Lu Monferrato (Alessandria). Nulla di particolare nel gentilizio. La paz. è l'ultima di 5 figli tutti viventi. Anamnesi remota senza particolari degni di nota. La paz. entra nell'Ospedale infantile « Cesare Arrigo » di Alessandria, per sospetto di meningite. Venti giorni prima dell'ingresso, la bambina ebbe un'intensa eruzione di varicella, con febbre; cessato l'esantema, comparve una febbre a tipo intermittente, con acme serale talora anche di 40°. La bambina accusava cefalea, ma il curante non riscontrava alcun sintomo all'esame obbiettivo. Negli ultimi giorni sono comparsi chiari sintomi meningei.

E. O. Grave deperimento; sono ancora visibili qua e là numerosi elementi di varicella, in stadio cicatriziale o crostoso. Nulla allo scheletro; micropoliadenia generalizzata. Nulla al cuore ed ai polmoni. Il fegato è in limiti. Si palpa la milza leggermente ingrossata. Addome avvallato; alvo regolare. Fauci un po' arrossate. Al sistema nervoso notiamo: marcato strabismo convergente; leggera ptosi della palpebra destra; spiccata anisocoria (la pupilla sinistra è molto più dilatata della destra). Facciale integro. Discreta rigidità nucale; evidenti i due Brudzinski. Patellari un po' torpidi. Babinski a sinistra. Marcata iperestesia cutanea. Sensorio integro. Polso 132, non nettamente aritmico.

La puntura lombare, immediatamnte praticata, dà esito a liquido che fuoriesce a zampillo; in decubito laterale se ne raccolgono 25 cc. Il liquor non è perfettamente limpido ed è xantocromico. Cellule 78 per mmc. (formula: 58% linfotici, 14% polinucleati, 30% cellule ependimali). Albumina 0,58 % (Brandberg); leggera ipoglicorachia: 0,40 %. Pandy positiva, Boveri positiva in 6'. Nonne-Apelt per stratificazione positiva. Weichbrodt positiva. Non eseguimmo la reazione del triptofano, secondo Ajello, in causa della xantocromia. Reazione di Wassermann in liquido inattivo: negativa. Il liquido non coagula spontaneamente e nemmeno per aggiunta di 4 gocce di siero fresco. Culture in agar semplice ed in agar ascite: sterili. Il liquido lasciato a sè forma un ragnatelo caratteristico: all'esame microscopico non si trova il bacillo di Koch. Una parte del liquido viene inoculato in cavia.

La malata rimane degente 4 giorni in ospedale; la temperatura che al momento del ricovero è di 38,4 raggiunge la sera i 39,9 e nei giorni successivi oscilla tra i 38° ed i 39°.

Al terzo giorno di degenza, oltre ai sintomi sopracitati, riscontriamo retrazione in flessione degli arti inferiori, a cane di fucile, e paresi dell'arto inferiore di sinistra. La bambina è sempre molto agitata, con intervalli di assopimento.

Tra gli altri esami, ricorderemo soltanto che la cutireazione alla Pirquet fu negativa e che nessun dato interessante ottenemmo dall'esame morfologico del sangue e dall'esame delle urine. L'esame dell'orecchio, praticato dal primario otoiatra del nostro ospedale, dottor Bortolotti, dimostrò condizioni perfettamente normali delle membrane timpaniche, ed escluse qualsiasi processo flogistico in atto a carico degli organi dell'audizione.

Dinanzi ad una sintomatologia così tipica e così imponente, la diagnosi che si presentò subito logicamente al nostro raziocinio, fu quella di meningite tubercolare. Noi esitammo però a lungo dinanzi alla terribile diagnosi e cercammo con cura di escludere le altre forme morbose che era possibile invocare nella diagnosi differenziale per l'interpretazione etiologica del nostro caso.

Il nostro pensiero si era rivolto naturalmente, anzitutto, alle otiti medie; queste complicazioni non sono frequenti nella varicella, e sono più lievi che nella scarlattina e nella difterite; però sono stati descritti casi gravi di mastoiditi, ascessi meningei, trombosi del seno laterale, ecc. derivanti da una otite postvaricellosa (25). I caratteri del li-

quor per se stessi, escludevano senz'altro la possibilità di una meningite purulenta; ma noi potevamo forse trovarci di fronte ad una semplice leptomeningite sierosa, cioè ad una reazione asettica delle meningi di fronte all'irritazione prodotta da un focolaio finitimo di otite media purulenta. L'esame otoscopico, come dicemmo più sopra, dimostrò la perfetta integrità dell'orecchio medio e ci permise perciò di escludere la diagnosi di meningite sierosa otogena.

A questo punto ricorderò incidentalmente che in una recente discussione a proposito di un caso di sindrome meningea osservato da G. Laroche e Quioc (26) durante il decorso del morbillo in un bambino di 11 anni, nel quale caso la febbre era elevata, il liquor torbido e asettico, ma ricco di linfociti, la sintomatologia imponente, ma con evoluzione rapidamente benigna, il Guinon preferì pensare ad un'otite rimasta inosservata, e ciò ad onta del reperto otoscopico negativo. Quest'A. asserisce che spesso l'otite media dei bambini non è riconosciuta dagli specialisti e che i segni clinici sono migliori guide dell'esame locale.

Noi non pensiamo di poter dare ragione al Guinon su questo punto; che una otite leggera e di breve durata possa passare inosservata, nulla di più facile ma che un'otite media, capace di provocare una reazione meningea imponente, con febbre elevata per la durata di anche due settimane e più (come nel nostro caso), possa lasciare perfettamente normale l'immagine otoscopica del timpano, e possa regredire spontaneamente, senza che l'essudato si sia fatto strada verso l'interno o verso l'esterno, tutto ciò sembra difficilmente ammissibile.

Esclusa l'etiologia otitica, la quale, come è noto, è di gran lunga la più frequente nelle meningiti sierose, esclusa parimente l'origine luetica, noi restammo sempre più confermati nella nostra primitiva diagnosi di meningite tubercolare. Confessiamo che non annettemmo alcuna importanza alla pregressa varicella e la considerammo come una semplice causa astenizzante banale; in effetto è noto che la leptomeningite specifica si riscontra abbastanza spesso consecutivamente alle malattie infettive dell'infanzia; questa successione morbosa che è frequente per il morbillo e per la pertosse, può verificarsi benchè raramente anche per la varicella (27).

Esistevano invero alcuni dati clinici che non ci davano la sicurezza nella diagnosi, ma essi non erano così forti da valere da soli ad infirmarla. Ad esempio il polso non era rallentato, e non si notavano nette aritmie; la febbre era abbastanza considerevole; non si notavano particolari turbe del respiro; ma chi ha lunga pratica di meningite tubercolare, conosce certamente lo straordinario polimorfismo di questa malattia traditrice ed ingannevole. L'esito negativo della cutireazione alla von Pirquet, non ci fece soverchia impressione, potendo noi essere autorizzati in considerazione delle gravi condizioni della paziente, ad ammetterla già in stadio anergico. Maggiormente dubbiosi rimanemmo dinanzi al reperto negativo dei bacilli di Koch nel reticolo; in effetto questa ricerca praticata con scrupolosa esattezza e pazienza, e con particolari accorgimenti di tecnica, ci ha permesso da qualche anno di riscontrare quasi costantemente i bacilli di Koch nel liquido cefalo-rachidiano nei casi di meningite tubercolare, che caddero sotto la nostra osservazione.

Ma di fronte a questi dati negativi, ne avevamo di positivi ad esuberanza: citerò solo la evidenza dei sintomi basiliari nel quadro clinico meningitico, la ipoglicorachia, la linfocitosi e l'iperalbuminosi del liquor, la sterilità delle culture ed infine la xantocromia del liquor, al quale reperto la maggioranza degli autori più sperimentati assegna grande valore. Rimando per questo argomento ai più moderni trattati sul liquido cefalo-rachidiano, e ricorderò soltanto che anche recentissimamente il Netter ebbe occasione di dichiarare, ch'egli da 25 anni considera la xantocromia come un indice molto probativo per la natura tubercolare di una meningite (28).

Tutto sommato, e guidati anche dal criterio della probabilità, che in clinica ha un valore certamente non trascurabile, concludemmo per una meningite tubercolare.

Dopo quattro giorni di degenza, che erano stati necessari per eseguire le osservazioni e le ricerche che abbiamo riportato, dimettemmo dall'ospedale la piccola paziente che venne riportata al paese dove dimorava; noi pregammo però i famigliari di tenerci informati sull'ulteriore decorso clinico. Dopo alcuni giorni, noi riceviamo la notizia che la bambina migliora, e naturalmente restiamo un po' increduli; ma la notizia del miglioramento, è confermata in successive riprese.

Dopo circa sei settimane dalla dimissione dall'ospedale, la bambina ci viene riportata: ha l'andatura un poco incerta, ma i riflessi sono pressochè normali; esistono fatti paralitici a carico dei muscoli dell'occhio sinistro, per i quali preghiamo il primario oculista dell'ospedale, prof. Bianchi, di esaminare la paziente: egli riscontra oftalmoplegia sia esterna che interna, a sinistra. Abbiamo ri-

veduto la bambina dopo altri tre mesi: l'oftalmoplegia persisteva invariata; nessun altro fatto all'esame del sistema nervoso.

Come si può interpretare eziologicamente il nostro caso? Noi non ci soffermeremo nemmeno a discutere la possibilità di una meningite tubercolare guarita ed a questo proposito riferiremo, che la cavia inoculata con il liquido cefalo-rachidiano fu sacrificata dopo 40 giorni e non si trovò alcun segno macro- o microscopico di tubercolizzazione. Crediamo di poter escludere ugualmente che nel nostro caso si trattasse di una di quelle meningiti sierose in tubercolotici descritte dal Finkelstein; la cutireazione negativa, l'assenza di un'adenopatia tracheobronchiale o di altri focolai di tubercolosi latente, ci sembrano escludere questa possibilità. Nell'anamnesi remota e prossima, noi non troviamo nessuna di quelle infezioni od intossicazioni, le quali possono dare origine ad una meningite sierosa, all'infuori della varicella, particolarmente intensa che ha preceduto di pochi giorni l'istituirsi della sindrome meningitica. Ci sembra perciò di aver ragioni sufficienti per ritenere che nel nostro caso, noi ci siamo trovati dinanzi ad una *meningite sierosa da varicella.*

Noi non possiamo emettere alcuna opinione sul substrato anatomico di questa rara sindrome, dato che i casi finora conosciuti sono soltanto quattro (compreso il nostro), tre dei quali ebbero esito in guarigione. L'unico caso di cui si possieda il reperto necroscopico, è quello del Mya già ricordato; rammenteremo soltanto che anche questo A. aveva avuto, in vita, un rèperto di liquido cefalo-rachidiano xantocromico, e che all'autopsia egli riscontrò una pachimeningite interna emorragica localizzata prevalentemente alle fosse cerebrali medie.

L'assoluta nostra ignoranza sulla natura e sul modo d'agire del virus varicelloso ci impediscono di azzardare delle ipotesi sul meccanismo patogenetico della forma morbosa sulla quale ci siamo intrattenuti. A noi basta di aver portato un modesto contributo clinico alla conoscenza di una malattia ancor così poco conosciuta, qual'è la meningite da varicella.

BIBLIOGRAFIA

(1) KASSOWITZ. *Die Unität der Variola u. Varicella.* Jahrb. f. Kinderh. 1873, VI, p. 160.

(2) HUNTER. *A case of varicella complicated with convulsions.* Lancet, I, 1875.

(3) THAM. *Drei Fälle von varicella.* Jahrb. f. Kinderh vol. XXV, I e II fasc.

(4) CERF. *Une varicelle anormale: convulsions prodromiques.* Ann. Méd. Chir. du Centre. Tours. 1904, p. 154.

(5) CHAVERNAC. *Névrite optique double à la suite de varicelle.* Ann. d'ocul. 1908.

(6) CAMUS E SEZARY. *Un cas de névromyosite postvaricelleuse.* Rev. Neurol., 1907, p. 393.

(7) ALLAIRE. *Nevrite périphérique à la suite de la varicelle.* Gaz. méd. de Nantes, 1905 p. 408.

(8) VON BÒKAY F. *Das Auftreten von Schafblattern unter eigenartigen Umständen.* Arch. f. Kinderh., 1892.

(9) P. FORNARA e M. ARTOM. *Contributo alla questione dei rapporti tra Herpes Zosster e varicella.* Gazz. d. osp. e d. clin. 1924, p. 363.

(10) MENKO. *Choreiforme Bewegungen nach varicellen.* Deut. med. Woch., 1899, n. 45.

(11) MAKENZIE. citato da Netter.

(12) NETTER. *Beitrag zur Pathologie der varicellen.* Arch. f. Kinderh., XXX, p. 138.

(13) W. GAY. *A case of peripheral paralysis following varicella.* British med. Journ., 1894, p. 679.

(14). A. B. MARFAN. *Paralysie spinale survenue chez un enfant tuberculeux atteint de troubles digestifs chroniques, à la suite d'une varicelle et d'une otite moyenne.* Semaine médicale, 1893, p. 123.

(15) G. ROSSI. *Un caso di varicella e concomitante monoplegia brachiale destra.* Gazz. d. osp. e d. clin. 1903, n.43.

(16) D. C. W. SMITH. *Acute myclitis followng varicella.* Amer. Journ. Dis. o. Ch. 1915.

(17) A. B. MARFAN. *Un cas d'ophtalmoplégie externe d'origine nucléaire.* Arch. de méd. d. enf., 1898, n. 3.

(18) G. CACCIA. *Contributo alla conoscenza di alcune complicanze della varicella: a proposito di un caso di encefalite secondaria a varicella.* Riv. Clin. Ped. 1904, p. 817.

(19) R. MILLER e J. A. DAVIDSON. *The nervous complications of varicella.* British Journ. of Ch. Dis. 1914, p. 15.

(20) W. OSLER. *Principles and practice of medicine.* 8° ediz., 1912, p. 332.

(21) BOUVY. *Un cas de sclérose en plaques chez un enfant de trois ans à la suite de la varicelle.* (Journ. de clin. et de thér. inf. 1898, n. 25, p. 486.

(22) MYA. *Localizzazioni iniziali dell'agente patogeno in alcune forme morbose di origine infettiva.* (Sperimentale, 1893, fascicoli 20-21).

(23) KOPLIK H. *Diseases of Infancy and Childhood.* 3ª ediz. p. 313.

(24) LENOBLE e THIELLEMENT. *Méningite à streptocoques consécutive à une varicelle.* (v. Pr. Méd, 1924, p. 162.

(25) LANNOIS M. *Otites varicelleuses.* (Rev. hebd. de Laryng. Bordeaux, 1904, p. 105).

MAY M. *Otites varicelleuses.* (Thèse de Lyon. 1906-1907, n. 53).

JACOD M. *Les otites moyennes varicelleuses.* (Rev. hebd. d. Lar. Bordeaux, 1909, p. 65).

(26) GUY LAROCHE e QUIOC. *Un cas de méningite morbilleuse.* (v. Pr. Méd. 1923, pagina 1088).

(27) SOFFIA CASTRO. *Deux cas de méningite tuberculeuse après la varicelle.* (Méd. Scient. 1905, p. 179.

(28) NETTER. in Pr. Méd. 1924, pag. 106.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMIOTICA.

Semeiologia dello spazio semilunare di Traube

(E. SERGENT. *Annales de Médec.*, agosto 1924).

Alcune constatazioni fatte, negli ultimi anni, attraverso il confronto dei risultati dell'esame clinico con quelli dell'esame radiologico pongono in rilievo delle nozioni nuove intorno al capitolo della semeiologia dello spazio di Traube, che si usa considerare immutabile e che invece, secondo l'autore merita, al pari di tanti altri, di essere sottoposto a una giusta revisione.

Anzitutto, poichè le definizioni classiche dello spazio semilunare, da quella di Traube del 1868 a quelle successive di Iaccoud, di Pitres, ecc., non pongono la regione in limiti precisi, l'A. preferisce sostituirle con una definizione più semplice e più pratica che permetta di tener conto degli organi limitrofi e delle loro variazioni di volume, di posizione, di densità, e ricorda in proposito la propria descrizione. È uno spazio convenzionale limitato in basso dal bordo costale inferiore, e in alto da una linea spezzata che parte dalla cartilagine della VI costola, segue la linea inferiore della ottusità cardiaca nella sua porzione interna, poi la linea inferiore di sonorità polmonare nella sua porzione media, e, infine, la linea anteriore dell'ottusità splenica nella sua porzione esterna, che raggiunge la X costola sulla linea ascellare anteriore.

Le condizioni necessarie per la conservazione dei caratteri semejotici normali dello spazio di Traube sono:

a) *l'integrità delle parti costituenti*, e cioè della parete costoaddominale della pleura costale e diaframmatica, del colon e dello stomaco, della linguetta esterna del lobo sinistro del fegato, che ricopre la porzione interna dello stomaco;

b) *lo stato di vacuità dello stomaco e del colon;*

c) *l'integrità del tono e della libertà di movimento del diaframma*;

d) *l'integrità degli organi limitrofi.*

Le modificazioni dello spazio di Traube possono essere distinte in 2 grandi tipi: in uno l'aia è *ingrandita*, nell'altro è *diminuita* o *scomparsa*.

Cause dell'ingrandimento dell'area dello spazio di Traube. — Questa modificazione clinica è trascurata dai vari autori, nonostante che sia molto frequente. La causa più banale è la dilatazione gassosa dello stomaco o dell'angolo colico, che si osserva nell'aerofagia e nelle grandi fermentazioni gastro-intestinali. In tali casi il diaframma è ricacciato in alto nella gabbia toracica, e per conseguenza il limite superiore del timpanismo può essere considerevolmente elevato.

Un'altra causa possibile dell'aumento della area timpanica è la presenza di un ascesso gassoso sottofrenico.

Cause della diminuzione o della scomparsa dello spazio di Traube. L'inversione degli organi. — È rara ma non per questo meno interessante per gli errori di diagnosi di cui può essere causa. L'A. ne riferisce un caso di grande interesse, seguito con accurato studio clinico e radiologico.

Le lesioni della parete toraco-addominale. — Hanno importanza specialmente i flemmoni, le osteocondriti, i sarcomi costali, in genere di facile riconoscimento.

Malattie del fegato. — Sia nell'ipertrofia totale, sia in quella parziale del lobo sinistro, l'estremità di questo lobo divenuta più spessa da origine a una ottisità che compare dapprima nella parte interna dell'aia, e che poi si estende verso l'esterno.

Malattie della milza. — Le grandi splenomegalie possono mascherare tutta l'aia, le medie ne fanno scomparire la parte esterna. La diminuzione progressiva avviene dall'esterno all'interno.

Malattie del cuore e del pericardio. — Si può osservare diminuzione dello spazio di Traube nelle notevoli ipertrofie o dilatazioni, ma sopratutto nelle pericarditi a grande versamento. La scomparsa della sonorità si manifesta nella parte supero-interna dello spazio. La sinfisi pericardica, quando si associa a sinfisi pleurica può determinare lo stesso risultato.

Malattie del polmone sinistro. — Jaccoud ha osservato la diminuzione dell'area sonora nella polmonite del lobo inferiore. Tale diagnosi è resa facile dagli altri segni di epatizzazione nella stessa regione. La splenopolmonite può avere lo stesso effetto, ma la diagnosi ne è più difficile per l'analogia con i sintomi della pleurite. La ottusità appare nella porzione superiore e media dello spazio, non sorpassa in genere la estensione di 1-2 dita trasverse, e non è accompagnata dallo spostamento di altri organi. Nella tubercolosi polmonare Paillard ha trovato frequente un abbassamento più o meno notevole del limite superiore della sonorità, che egli attribuisce sia all'infiltrazione del processo linguiforme, sia allo sviluppo di un enfisema vicario della base che respinge il diaframma

e lo stomaco. Secondo l'A. invece, la causa è nella presenza di sinfisi frenocostali dovute alle reazioni pleuriche croniche sempre presenti in queste forme di tubercolosi.

Malattie della pleura destra:

Versamento liquido. — Pitres aveva già constatato la diminuzione dell'area di sonorità in un terzo dei casi di pleurite destra, attribuendola all'abbassamento del fegato. Qui, secondo l'A., ancora una volta appare l'importanza del fattore diaframmatico: l'emidiaframma del lato della lesione pleurica, poichè subisce gli effetti della infiammazione della sierosa, diviene paretico, oppone una resistenza minore alla pressione esercitata dal versamento e si abbassa spostando il fegato che si porta in basso e all'interno.

Pneumotorace. — La dimostrazione dell'intervento del fattore diaframmatico, in rapporto alla perdita del tono, è data dall'esplorazione radiologica quando il versamento gassoso permette di vedere lo spostamento del diaframma. L'abbassamento dell'ottusità epatica si constata facilmente nel decubito dorsale se nello stesso tempo vi è liquido nella pleura.

Malattie della pleura sinistra:

Versamento liquido libero nella cavità. — La esplorazione dello spazio di Traube può fornire dati sulla quantità e sulla evoluzione del versamento, ma fino ad un certo punto. I classici ammettono che c'è ottusità dello spazio quando il versamento raggiunge i 2 o 3 litri. Pitres l'ha trovata in casi di versamento minore, mentre non l'ha trovata in un versamento che raggiunse i 2800 cc. Bisogna tener conto delle dimensioni del torace e della tonicità del diaframma: nell'idrotorace infatti il muscolo conserva la propria tonicità, mentre può indebolirsi, nel corso di una pleurite infiammatoria. Per valutare quindi l'entità di un versamento bisogna ricercare tutti gli altri segni, specie lo spostamento del cuore, che può tuttavia essere impedito da aderenze. La *evoluzione* di un versamento di solito si segue ricercando le modificazioni del livello del limite superiore dell'ottusità, nella convinzione che l'abbassamento di questo limite indichi la regressione del versamento. Questo metodo, che non è senza valore, non è affatto assoluto nei risultati e può, anzi, ingannare sia perchè in molti casi, forse nella maggior parte, la ottusità rimane netta per la persistenza dell'addensamento polmonare, o di spesse membrane pleuriche, sia perchè non dà importanza all'abbassamento del diaframma. Hébert ha rilevato lo scarso valore della discesa della linea d'ottusità posteriore, e si è sforzato di dimostrare il valore più grande della elevazione del limite inferiore dell'ottusità in avanti, determinata dalla minor compressione del diaframma, che è sospinto in alto dalla massa intestinale. L'A., insiste sul fattore della perdita di tonicità del diaframma, i cui spostamenti sono legati a una differenza delle pressioni sopra e sottodiaframmatica. La variazione del limite dell'ottusità in avanti ha valore, per l'apprezzamento della regressione di un versamento, solo quando è accompagnata da un abbassamento del limite posteriore. Inoltre la precocità frequente delle aderenze e delle sepimentazioni della base in avanti, che si oppongono all'ascensione del diaframma, rende più complesso l'insieme dei fattori che determinano i dislivelli dei versamenti della pleura sinistra dimostrando la preponderante importanza della *libertà di movimento del diaframma.*

Versamento saccato della porzione anterolaterale della base. — Jaccoud ha dimostrato che le pleuriti saccate della porzione anteriore della base sinistra possono determinare la scomparsa della sonorità dello spazio di Traube. L'A. porta il contributo di una osservazione personale assai dimostrativa.

Sinfisi freno-costali. — Jaccoud studiò la scomparsa della sonorità dello spazio di Traube, causata dalla presenza di false membrane e di aderenze fra il bordo inferiore del polmone sinistro, il diaframma, il pericardio da una parte, e la pleura dall'altra. Egli aveva distinto 2 tipi anatomo-clinici: l'uno costituito da aderenze spesse e continue, l'altro da aderenze frammantate e lasse.

Le aderenze spesse danno la stessa ottusità del versamento. Nel versamento però si osserva, oltre alla sporgenza della regione costo-addominale, l'immobilità della parte inferiore del torace. Talvolta si constata l'inversione dei movimenti nei due tempi respiratori, analoga a quella delle sinfisi: « essa trae origine dall'inerzia del diaframma e dallo spostamento del mediastino verso il lato sano. Si osserva un vero movimento di « bascule » tanto più accentuato quanto più è marcata la supplenza funzionale dei movimenti respiratori del lato sano, associato però nei casi di versamento a un inarcamento della base, e nei casi di sinfisi a una depressione più o meno profonda degli ultimi spazi intercostali. L'esplorazione inoltre deve comprendere i movimenti della base indietro, che subiscono le stesse modificazioni ma meno profonde e meno appariscenti, in rapporto alla minore mobilità.

Le aderenze frammentate e lasse danno segni meno evidenti, possono anche non modificare il timpanismo dello spazio semilunare, o solo scarsamente il giuoco dei movimenti respiratori, ed essere così riconosciute solo all'autopsia, o all'indagine radioscopica; oppure possono dare una subottusità nella parte superiore dello spazio e un accenno alle modificazioni respiratorie provocate dalle grandi aderenze. In alcuni casi si accompagnano a rumori di sfregamento, e talora aumentano l'area dello spazio semilunare, contribuendo a mantenere il diaframma fissato al contorno toracico in una posizione più elevata.

Secondo l'A., queste sinfisi sono molto più frequenti di quanto comunemente si ritiene, non limitate ai tipi estremi studiati da Jaccoud, e ne distingue tre tipi: nel primo la situazione, lo spessore e la continuità delle aderenze da ottusità dello spazio di Traube, senza versamento; nel secondo la disposizione delle aderenze, mantenendo il diaframma fisso in posizione elevata ha per risultato la persistenza della sonorità dello spazio di Traube, anche nel caso di coesistenza di un versamento abbondante; nel terzo la disposizione delle aderenze incista un versamento poco abbondante della base, che si porta in basso e in avanti, mascherando lo spazio di Traube. L'introduzione di aria e l'indagine radioscopica permettono di accertare questa interpretazione.

A queste sinfisi frenocostali si può riportare il complesso di fatti descritti da Loeper e Paillard col nome di *perifrenite*. Questa affezione è costituita da una infiammazione dei 2 foglietti sierosi, pleurico e peritoneale, che rivestono le 2 facce del diaframma, di natura quasi sempre tubercolare. La lesione del diaframma, che può essere infiltrato di noduli tbc. determina una paresi più o meno accentuata, e la formazione di ederenza più o meno intime tra la parete, la pleura e il pericardio, che, associate alla sinfisi sottodiaframmatica, provocano modificazioni della semeiologia dello spazio di Traube varie a seconda del grado di fissità del muscolo, dell'altezza e dello spessore dei piastroni adesivi.

Pneumotorace. — L'abbassamento del diaframma può essere conseguenza di un versamento gassoso sinistro. Le constatazioni fatte dall'A., nello studio di casi di pneumotorace artificiale o spontaneo, con o senza versamento, contribuiscono a stabilire e a precisare la importanza del fattore diaframmatico nello spostamento delle zone di ottusità e di sonorità nel decorso delle affezioni pleuriche.

Le deduzioni teoriche e pratiche che si traggono dalle nozioni recenti, consentite dall'applicazione sistematica dell'esplorazione radiologica, combinata o no col pneumotorace, interessano in particolar modo il trattamento, mostrando, ad esempio, che la indicazione alla toracentesi, nei versamenti pleurici di sinistra, non deve essere subordinata alla constatazione dell'ottusità dello spazio di Traube, la quale può esistere senza versamento, ma per la presenza di sinfisi frenocostali. I segni di queste sinfisi debbono essere accuratamente ricercati per evitare accidenti gravi, anche mortali: in qualche caso il trequarti è penetrato nel cuore o nell'addome. Un simile errore è certamente meno temibile oggi, per le cautele maggiori della tecnica, e per l'uso del controllo radiologico in ogni caso dubbio.

A. PICCINELLI.

MEDICINA.

Le cardiopatie dell' adolescenza.

(SUTHERLAND. *British Med. Juorn.*, 1924, n. 3247).

Le malattie ed i disturbi del cuore assumono un aspetto molto diverso nelle varie età. Durante la infanzia e la prima giovinezza si riscontra non raramente il reperto di una cardiopatia organica senza che il soggetto abbia sofferenze anche fino alla più tarda età, mentre in altri casi l'affezione dà gravi disturbi fin dall'adolescenza. V'è insomma tutta una varietà di manifestazioni che impongono un accurato ed attento esame dei singoli soggetti per addivenire ad una prognosi esatta e ad un'adatta terapia.

Le cardiopatie congenite passano spesso inosservate al paziente ed ai parenti, è il medico che le rileva in occasione di esami per malattie acute.

È noto come la mortalità per vizii congeniti del cuore è molto alta specie nei primi cinque anni di vita per insufficienza cardiaca e difetti di circolazione.

Il fatto che il paziente ha raggiunto i 12-15 anni è un segno di prognosi favorevole. Lo sviluppo generale darà al riguardo elementi di giudizio più precisi. Se l'organismo è cresciuto normalmente in rapporto all'età si può essere sicuri che il vizio cardiaco è di lieve entità. E ciò in conformità della legge generale che un difetto congenito della capacità funzionale di un organo è seguito da un corrispondente difetto nello sviluppo generale dell'organismo. Un altro elemento da prendere in considerazione è il genere di vita che ha condotto il ragazzo. Se questo si è contenuto come tutti i suoi coetanei senza presen-

tare alcun disturbo o sofferenza, ci si può concludere per un vizio di grado leggero. La presenza di fatti ascoltatori evidenti non ha alcuna importanza prognostica di fronte al fatto che il ragazzo ha potuto eseguire esercizi fisici, giuocare al foot-ball, al tennis, senza che all'esame si riscontri alcun segno di dilatazione o di ipertrofia del cuore. D'accordo con le su esposte considerazioni è la circostanza che quando il ragazzo ha dovuto limitare la sua attività per i sopraggiunti disturbi, all'esame di riscontrerà anche la ipertrofia del ventricolo destro o di ambo i ventricoli. La terapia igienica non deve che eseguire i limiti imposti dalla natura: se il ragazzo ha condotto sempre vita normale senza alcun disturbo, non bisogna consigliare limitazioni; al ragazzo invece al quale gli esercizi fisici producono qualche disturbo, bisogna consigliare di limitarsi ma non oltre il punto, per il quale la natura stessa dà l'avvertimento.

Nell'adolescenza è molto comune una condizione cui l'A. propone di dare il nome di *cuore astenico*. Non si tratta di una malattia, ma di una forma generale di astenia che si manifesta con sintomi di debolezza cardiaca. I ragazzi, che ne soffrono, presentano una tendenza agli svenimenti, alla palpitazione, alla perdita temporanea della conoscenza, agli improvvisi cambiamenti di colore, a dolori precordiali. In questi casi l'accertamento della esistenza di una vera cardiopatia è molto difficile. Al riguardo bisogna prendere in esame i seguenti fatti: 1) l'aumento della frequenza del battito cardiaco; 2) l'azione irregolare del cuore; 3) la presenza di dilatazione, di solito del ventricolo sinistro; 4) la presenza di un rumore sistolico alla punta.

1) La tachicardia non è un sintoma allarmante anche quando raggiunge i 140-160 battiti al minuti. Si tratta di un disturbo simpatico o endocrino. Nell'affezione in parola la frequenza è molto instabile, varia da ora ad ora, ma quando il soggetto dorme è normale, il che non avviene nelle affezioni tossiche o organiche del cuore.

2) Le irregolarità gravi dell'azione cardiaca (fibrillazione auricolare, blocco cardiaco, ecc.) sono nell'adolescenza molto rare anche in casi di vizi organici evidenti. Per lo più si ha irregolarità atriale con qualche extrasistole, fatti che non hanno importanza diagnostica perchè riscontrabili anche in individui che non presentano vizii organici.

3) La dilatazione del cuore che si presenta dopo esercizi fisici e scompare con il riposo fa escludere la esistenza di vizii organici.

4) La presenza di un leggero soffio sistolico alla punta non autorizza ad ammettere senz'altro un vizio organico. Il soffio, come la dilatazione, è soggetto a molte variazioni da ora ad ora, in rapporto specialmente allo stato di riposo o di movimento: ambedue i fatti dipendono verosimilmente dallo stato atonico del cuore. I ventricoli non si contraggono validamente e le valvole non si chiudono ermeticamente, donde un leggero reflusso attraverso la mitrale, che provoca il soffio.

Negli individui che presentano disturbi da *cuore astenico* oltre quelli a carico del cuore si riscontrano altri fatti che integrano la sindrome. Il tono vasomotore è basso: le estremità sono spesso fredde e violacee, con geloni d'inverno. Il polso è picolo, debole, con bassa pressione: diventa quasi normale se il braccio è pendente, scompare quasi del tutto se la mano è sollevata al disopra della testa. Spesso si ha albuminuria ortostatica. Anche i muscoli, lo stomaco, l'intestino sono ipotonici. La condizione può scomparire con l'adolescenza, ma la tendenza a permanere più o meno variata è abbastanza spiccata. La cura consiste essenzialmente nel rafforzare l'organismo mediante esercizi fisici all'aria aperta.

Molto discusso è il così detto *cuore atletico*. Si tratta di disturbi cardiaci che sopravvengono in giovanetti dopo uno sforzo. All'esame si trova un'ipertrofia cardiaca o anche una semplice dilatazione. È probabile che la ipertrofia sia in rapporto ad una pregressa affezione cardiaca e che la dilatazione sia una manifestazione di un cuore astenico. Il così detto *cuore da sforzo* è un'entità che, dal punto di vista etiologico, ossia come effetto di uno sforzo unico, non appare ben dimostrata.

Anche per le cardiopatie degli adolescenti i rumori cardiaci si distinguono in quelli che contano e quelli che non contano per la diagnosi. Per i primi s'intendono i rumori che indicano un vizio valvolare grave, ossia lesioni che conducono ad alterazioni cardiache progressive ed alla insufficienza. I due principali rumori che entrano in questa categoria sono il soffio presistolico della stenosi mitrale ed il soffio diastolico della insufficienza aortica. Durante l'adoloscenza il soffio presistolico tende ad alterarsi, a divenire più forte perchè la lesione iniziale della fanciullezza, valvulite della mitrale, ha provocato un progressivo restringimento della mitrale. Con lo sviluppo il cuore dovrebbe aumentare di volume e la mitrale ingrandirsi, ma il processo di stenosi ha prevenuto questo ingrandimento. Il soffio diastolico della insuf-

ficienza aortica è molto più comune di quel che generalmente si crede, perchè non sempre rilevato. I soffi « che non contano » sono i sistolici alla punta ed alla base, ossia quelli che indicherebbero insufficienza della mitrale o lesione della pulmonare. Questi soffi non hanno alcun valore diagnostico, o almeno ne hanno uno relativo, in quanto non possono essere considerati segni di vizii organici se non accompagnati da altri fatti e sopratutto da quelli forniti dalla palpazione e dalla percussione.

Il trattamento delle cardiopatie negli adolescenti ha indicazioni speciali. Innanzitutto converrebbe prevenire le endocarditi somministrando dosi generose di salicilato in tutti i sofferenti di poliartrite, sorvegliando sopra tutto le forme frustre, nelle quali si hanno leggeri dolori articolari, muscolari o tendinei, fatti che non inducono il paziente a mettersi a letto, ma che sono spesso accompagnate da localizzazioni endocardiche o miocardiche. Per i pazienti che hanno lesioni cardiache ma che non accusano disturbi di sorta, l'opera del medico deve limitarsi a consigliare la scelta di una professione che non richieda grandi sforzi.

Ai pazienti che hanno lesioni cardiache e soffrono disturbi, come affanno ad ogni sforzo non abituale, conviene qualche limitazione: i giuochi e gli esercizii dovrebbero essere regolati in modo da non produrre stanchezza, e cessare al minimo accenno di affanno o cianosi; l'occupazione deve essere sedentaria in modo che gli esercizi fisici siano indipendenti dal mestiere.

Ai cardiopazienti che soffrono affanno ad ogni esercizio è la natura stessa che pone il limite alla loro attività.

La così detta cura tonica del cuore negli adolescenti è ancora meno indicata. Nessun mezzo artificiale può sostituire il potere di compenso che possiede il miocardio specie negli individui giovani, che hanno fresche ed in atto tutte le risorse fornite dalla natura.

Si può agevolare il lavoro del cuore consigliando a tempo debito il riposo, calmando il sistema nervoso con sedativi e narcotici, decongestionando gli altri organi, ma non è opportuno agire direttamente sul cuore.

Tuttavia vi sono casi nei quali bisogna agire calmando la tachicardia, fenomeno tanto comune anche negli adolescenti sani. La tachicardia affatica il cuore e disturba l'equilibrio compensativo. In tali casi giova ricorrere alla digitale.

Dr.

CHIRURGIA.

Ricerche cliniche e sperimentali sulla guarigione di lesioni di continuo di tendini specialmente nelle guaine tendinee.

(SALOMON A. *Arch. f. klin. Chir.*, 1 febb. 1924).

Oggi non è più lecito descrivere in un unico capitolo la tecnica e i risultati delle suture tendinee eseguite dentro e al di fuori della guaina sinoviale. Non bisogna neanche, come propone Volter, moltiplicare inutilmente le possibilità prognostiche suddividendole per regioni anatomiche ed infinite varietà traumatiche, basta invece, secondo appunto la distinzione già detta, considerare la prognosi delle lesioni tendinee al di fuori della loro guaina come buona assai riservata nelle altre.

La prognosi fausta nelle lesioni degli estensori dipende dal fatto che essi mancano di guaina: d'altra parte è dimostrato sperimentalmente come entro la sinoviale, la rigenerazione e quindi la riunione di monconi non avviene. Per questa ragione l'importanza delle aderenze per quanto siano pressochè costanti, è solo secondaria e non ha certo quella dignità che volentieri si attribuiva loro prima. Infatti anche 30-40 anni fa i risultati erano, come oggi, ottimi nelle tenorrafie degli estensori, pessimi in quelle dei flessori malgrado i miglioramenti della tecnica e delle cure postoperatorie. Nè sono tanto da temersi le aderenze tenendo sopratutto presenti i risultati ottenuti trattando alla Bier i flemmoni delle guaine tendinee (piccole incisioni; iperemia da stasi, movimenti precoci). In tali casi pur stabilendosi certamente delle aderenze, si riesce ad ottenere degli ottimi risultati funzionali. Nelle guarigioni di interruzioni di continuo dei tendini flessori nella loro guaina sperimentalmente e clinicamente è stato dimostrato che non si ristabilisce la riunione dei due monconi o tutt'al più si forma per la retrazione del capo centrale, una cicatrice talmente lunga da non permettere il gioco del tendine.

Da queste premesse la terapia di tali lesioni deve necessariamente essere diversa a seconda i casi. Nella lesione degli estensori è perfino inutile una sutura bastando il riposo, in posizione di massimo rilasciamento. Nello strappamento sottocutaneo del tendine di Achille (lesione caratteristica nei giuocatori di tennis) e dell'espansione aponeurotica del tendine estensore in corrispondenza della falange distale delle dita della mano, la cura conservativa dà buoni risultati funzionali. Del resto numerosi osservatori astenendosi per varie

ragioni (timore di infezione, ecc.) da suture degli estensori assistettero poi con loro sorpresa ad ripristino funzionale perfetto. Chi proprio non volesse rinunciare alla sutura tendinea dovrebbe contentarsi al massimo di un punto trasversale e due longitudinali. Nella lesione dei flessori invece occorre procedere diversamente: escidere cioè un tratto di sinoviale e servirsi dei tessuti circostanti per favorire una salda riunione dei monconi tendinei. Non bisogna aver timore di prolungare l'escisione della sinoviale specie verso il moncone centrale, perchè una retrazione accidentale da questo lato ricondurrebbe uno dei monconi della sinoviale impedendo così una buona guarigione. La sutura invece del tendine deve essere accurata, quella della guaina — al contrario — tralasciata. Hück ha proposto, inoltre, un trapianto di grasso, ottenendo buoni risultati funzionali. È questo un dettaglio di tecnica da seguirsi. Ma certo non può bastare. Bisogna provvedere anche allo scarico della tensione alla quale è sottoposto il tendine dalla parte prossimale. A questo scopo si può, anzi si deve mettere il dito nella posizione di massimo rilasciamento del tendine interrotto, ma conviene aggiungervi una estensione continua sul moncone centrale del tendine. Per ottener ciò si passa trasversalmente a tutto spessore nel tendine un piccolo chiodo sul quale si applica una trazione continua elastica, riportata ad es. su una stecca di Cramer. Questo, come il metodo di Potter, modificato (3 punti marginali passati sul tendine ed annodati al di sopra dei tegumenti esterni su rotolini di garza) andrebbero ancora provati più largamente pur di risolvere felicemente questo problema della chirurgia che apparentemente facile è di risoluzione difficile e troppo spesso non abbastanza considerata, specie per i risultati funzionali a distanza.

Nota. — Tali risultati contrastano evidentemente con alcune ricerche eseguite nell'Istituto Chirurgico di Roma, secondo le quali la guarigione delle lesioni di continuo dei tendini avviene tenismo nella guaina, sebbene possa anche stabilirsi al di fuori di essa. Le ragioni per le quali secondo l'A. verrebbe a mancare la guarigione delle soluzioni di continuo di un tendine nella sua guaina si riannodano alle teorie di Bier sulla presenza o sulle azioni di alcuni speciali ormoni. Secondo Bier adunque ogni processo rigenerativo si manifesta sotto l'influenza di stimoli eccitativi e inibitori; i più importanti di essi sono di natura chimica: per la guarigione di lesioni tendinee. Bier ha parlato di ormoni specifici che verrebbero a diffondersi negli spazi della ferita provenendo dai monconi del tendine stesso. Ammettendo ormoni di ambo le specie Bier vede nella presenza della sinovia una prevalenza di ormoni inibitori diffusi intorno a tutti i tessuti atti alla rigenerazione. Questa teoria non è stata accettata da Weher e Hück che per spiegare l'incompleta guarigione di queste lesioni, ammettono invece la mancanza di tessuti capaci di rigenerazione e la difettosa irrorazione sanguigna.

Ma questo non fa che circoscrivere il problema senza risolverlo anche se a prima vista non appaia così, poichè non si comprende in tal modo ancora la ragione della mancata partecipazione dei tessuti vicini nella guarigione della lesione tendinea avvenuta nella sua guaina. E. M.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

Prof. dott. ARNOLFO CIAMPOLINI. *La perizia nella pratica infortunistica* (guida per i medici periti). Casa Editrice Luigi Pozzi. Roma, 1924. Prezzo L. 10.

Con questa monografia, già presentata ai lettori con la prefazione dell'emerito prof. Ferrai dell'Università Pisana, la Collezione del Policlinico si è arricchita di una opera pregevole sotto tutti i riguardi perchè in essa, sebbene destinata ad essere solo una guida per i medici pratici, l'autore ha raccolto quanto di meglio la scienza medico-legale ha accertato in tema di infortunistica, organizzando il tutto sulla scorta di risultanze pratiche acquisite in una lunga carriera di valoroso professionista. Perciò la monografia è destinata ad avere larga diffusione e benevole accoglienza da parte dei medici tutti, che, in forma schematica e con chiarezza di esposizione, vi troveranno raccolte e riassunte le regole pratiche essenziali a rendere una perizia precisa, oltre che dal punto di vista clinico, anche per quel che riguarda la valutazione esatta del danno da infortunio e la conseguente misura di indennizzo.

Opportuna, speciale trattazione dà l'A. nel contesto a quel che riguarda l'esame clinico e separatamente l'esame medcio-legale, le due parti onde si forma la perizia, ed insiste non senza motivo sulla « distinzione fra mentalità medico-clinica e mentalità medico giuridica ».

Senza indugiarsi sulla prima parte, come quella che è acquisizione di scienza certa per un professionista, speciale disamina è fatta alla seconda parte della perizia: all'esame medico-legale. Ai fini di questo occorre indagare il rapporto causale in cui si trova il danno rispetto all'infortunio, il che equivale a dire che l'osservazione va condotta obbiettivamente e serenamente con quel chiaro metodo deduttivo, il solo applicabile a questa importantissima branca della scienza medica. Ciò ad evitare che oltre la verità, si frustri, in conseguenza di

una errata valutazione, il fine ultimo della legge infortuni, che, con le altre leggi di previdenza, posta oggi in tutte le nazioni per un alto scopo etico-sociale di natura economica, superando gli interessi particolari dei singoli e quelli contingenti dei presenti, mira al raggiungimento di migliori condizioni generali nella società.

Tenendo presente questo alto scopo dell'assicurazione, seguendo quel metodo propugnato dall'A., i medici tutti (e ciò è da augurarsi per la nostra stessa dignità professionale), potranno trovarsi pari al loro compito, all'altezza della loro funzione, se chiamati in veste di periti a dirimere controversie d'ogni genere fra infortunati e Istituti assicuratori.

Poichè al problema tecnico della perizia è strettamente legata la dottrina delle concause di inabiità, oggi tanto più importante in quanto le necessità del vivere espongono al lavoro artieri valorosi, già minorati dalla guerra, su di essa l'A. s'intrattiene opportunamente; e se pure l'esposto basti ai fini della monografia, noi desidereremmo che egli, accettando il consiglio del prof. Ferrai, lo facesse più diffusamente. Ma il problema in proposito posto è di carattere sociale oltre che scientifico perchè importa obblighi di riconoscenza ai combattenti. Perciò esso richiamerà l'attenzione di studiosi prima, e del legislatore in ultimo, così almeno ci auguriamo, perchè sulla scorta delle legislazioni più progredite, accogliendo i voti fatti in sede di congressi dall'illustre Ciampolini, voglia provvedere a disciplinare l'importante materia.

Un problema essenzialmente giuridico è ancora prospettato: se possa un operaio essere obbligato a sottoporsi ad atti chirurgici. Per questo punto si trova nel testo un ampio raffronto legislativo e l'augurio che si provveda; comunque, noi ci auguriamo che la questione sia dibattuta e risoluta in sede propria.

Seguono due capitoli strettamente tecnici su «le funzioni operaie e la rieducazione professionale degli invalidi del lavoro» e chiudono la monografia rapidi accenni scritti con quella perizia che deriva dalla lunga pratica dell'A. su «la simulazione nella pratica degli infortuni sul lavoro e l'autolesionismo».

L'importanza del lavoro è grande dal punto di vista scientifico e tecnico; e non si può non fare un altro merito all'A. cioè non riconoscere che in esso anche il legale può trovare sobriamente ma esattamente esposto quali siano le forme, quali i modi ai sensi di legge, prescritti per la procedura di liquidazione e di indennizzo sia in via amministrativa, sia in linea giudiziaria. Infine si deve dar lode al professore Ciampolini di essere riuscito ad esporre tanta materia e sviscerare così importanti questioni con un linguaggio sempre esatto, con chiarezza ammirevole, non turbata neppure là ove la trattazione diventa discussione scientifica, sì che è nostro convincimento che chiunque, anche un profano, possa accostarsi al testo e farne fonte di sapere.

Dott. V. RAINALDI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

U. FABRIS. *Traumatologia del carpo.* — 1 Volume di pag. 211. — Vicenza, 1923, Tipografia Rumor. — Prezzo L. 20.

L'illustre Prof. Roncali presenta questo volume con parole di vivo encomio e giudica la nuova opera, di indole clinica e sperimentale, sommamente utile per il chirurgo generale e per l'ortopedico, non solo in quanto riflette la diagnosi e la terapia delle lesioni del carpo, ma sopra tutto in quanto può aver attinenza con le perizie medico-legali in casi di infortuni.

S. C.

M. ZUR VERTH. *Das Panaritium.* Editore Julius Springer, Berlino, 1923.

Nello spazio di pochi giorni ci sono giunti due complete monografie sui paterecci, la prima di Klapp e Beck, e di essa abbiamo gia riferito ai lettori (cfr. fasc. 29); l'altra del prof. Zur Verth di Amburgo.

Il fatto che in Germania nello stesso anno vengano pubblicati e messi in commercio due lavori su di un argomento così limitato è una conferma di quanto abbiamo detto a proposito del libro di Klapp e cioè dell'importanza grandissima che assume il trattamento delle lesioni traumatiche e flogistiche della mano. E questo per due ragioni principali: 1) perchè esse sono divenute più frequenti sopratutto come infortuni sul lavoro; 2) per il valore che ha in materia di assicurazione una mano o parte di essa.

Il libro del Zur Verth è un vero manuale didattico per la chiarezza dell'esposizione e la precisione dei concetti. È diviso in una parte generale ed una parte speciale e comprende i seguenti capitoli: paterecci superficiali, paterecci profondi delle dita, paterecci profondi della mano, infezioni linfangitiche della mano e delle dita. Sono in tutto poco più di 100 pagine con molte figure. Ma in esse la materia è così bene raccolta e distribuita che il medico è sicuro di poterne trarre, al momento del bisogno, sempre, un consiglio prezioso e sicuro.

M. ASCOLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le nefriti croniche uremigene senza ipertensione arteriosa.

La coesistenza dell'ipertensione arteriosa con la nefrite cronica uremigena è nozione cognita: l'assenza è considerata una rarità clinica. A Laroche e Desmoulière (*La Presse Médicale*, 1924, n. 67) ciò non sembra: ad essi è stato dato osservare malati colpiti da nefrite cronica azotemica con ipotensione transitoria e malati affetti da tensione normale o bassa in modo permanente: i casi del primo gruppo sono meno interessanti, di più lo sono quelli del secondo. Gli AA. ne hanno messo insieme 14.

Già Widal aveva descritto con precisione gli aspetti che essi possono presentare: però la sindrome azotemica pura, isolata dalle altre sindromi renali dell'albuminuria, dell'ipertensione, della cloruremia è considerata eccezionale. Weil su 85 osservazioni non notò che due casi simili. Le osservazioni degli AA. mostrano che questi fatti clinici sono molto più frequenti che non si pensi e sono persuasi che una ricerca sistematica di questi casi svelerebbe la loro frequenza. Quali sono dunque i sintomi di queste nefriti? L'albuminuria è spesso assente: su 14 casi essa era presente 4 volte. Non vi sono emazie, non cellule renali; talora cilindri jalini o granulosi. La quantità delle urine è variabile: alcune urine sono pallide, abbondanti; altre normali o sotto al litro. È importante l'assenza dei segni cardio vascolari. I sintomi funzionali e generali sono dei più svariati, ma non hanno niente di caratteristico: alcuni si lagnano di debolezza fisica o intellettuale, altri di nevralgie o di mialgie, altri di cefalea, o di insonnia o di disturbi digestivi o da estrasistoli. Predominano i disturbi nervosi: l'azotemia, l'uricemia, la costante d'Ambard, permettono la diagnosi. L'azotemia varia dal 0,50 al 0,80. La costante d'Ambard è elevata: 12 — 18 — 24 — 26 in modo stabile nelle varie osservazioni a qualsiasi intervallo di tempo si ricerchi. In alcuni rari casi l'urea è normale, la costante elevata. I dosaggi degli AA. mostrano che è costante nel corso degli stati nefritici cronici l'elevazione dell'acido urico nel sangue: se si esclude una coesistente lesione epatica, tale fatto può interpretarsi come un delicato segno di insufficienza renale iniziale.

La prova della diuresi provocata è stata anormale in alcuni casi.

La prognosi è quella delle azotemie iniziali: è in rapporto alle cure cui può sottoporsi il paziente.

Le cause delle alterazioni renali in discorso, sono diverse: tutte le infezioni possono giungervi, specialmente la sifilide molto antica e l'eredo sifilide.

Le lesioni anatomo-patologiche non si conoscono.

MONTELEONE.

Le albuminurie tubercolari.

La maggior parte degli autori ammette oggi due forme di albuminuria nei tubercolotici, l'una che si osserva nei giovani all'inizio della malattia, l'altra che compare tardivamente e segue tutto il corso della malattia. La prima è intermittente, ciclica, spesso a tipo ortostatico e si osserva in individui deboli, con polso frequente, tendenza all'ipertemia digestiva. L'urina è pallida, aumentata in quantità, con i componenti quasi normali, salvo una lieve diminuzione dei cloruri ed un lieve eccesso di fosfati; assenti i cilindri, ed altri elementi renali. La quantità di albumina non supera mai il 0,50 %, raggiunge il massimo nelle ore del mattino, scompare per dei periodi più o meno lunghi, per ricomparire poi in seguito ad uno sforzo, ad un eccesso dietetico, alle mestruazioni. Di solito cessa quando il processo polmonare tende a riacutizzarsi e riappare quando esso si arresta nella sua evoluzione.

L'altra forma, tardiva, suole pure all'inizio essere intermittente ed aumentabile per cause occasionali. Le urine sono dense, iperacide, fortemente colorate, con presenza di urobilina ed uroeritrina; vi è aumento e spontanea precipitazione degli urati, ricchezza di eteri solforici (per i disturbi gastro-enterici), di acetone (per insufficienza epatica) di ossalato di calcio e di acido urico libero. Nel sedimento si possono notare leucociti ed emazie, ma, di solito non vi sono cilindri, che compaiono nel periodo finale, allorchè si ha il quadro della nefrite cronica, con edemi e ritenzione azotata.

È importante la diagnosi della forma iniziale, potendo essa costituire il primo e l'unico segno di un'incipiente infezione tubercolare.

Vi sono autori i quali ritengono che ogni nefrite insorgente senza causa apprezzabile in individui dalle condizioni generali non molto

floride, non anora tarati da infezioni multiple, debba considerarsi come di natura tubercolare.

Per quanto riguarda la terapia, della forma iniziale, G. Spremolla (*Rinascenza medica*, 15 luglio 1924) fa rilevare il danno che potrebbe portare l'assoluta dieta lattea, la quale debiliterebbe l'organismo, mettendolo in condizioni da non poter difendersi dall'infezione che lo mina. Si prescriverà quindi un regime che, pur non irritando il rene, possa efficacemente contribuire a combattere l'infezione. Si eviteranno gli strapazzi fisici e mentali, si prescriverà l'elio- e l'aeroterapia e si consiglierà l'uso di una fascia addominale, poichè i reni di questi individui sono in leggera ptosi. Piccole dosi di arsenico, alternate con ipofosfiti di sodio e di calcio saranno utili per sostenere le forze dell'organismo. L'attenzione del medico va soprattutto rivolta all'infezione generale. *fil.*

Febbri oscure e nefrite tubercolare.

È certo che alla nostra osservazione possono capitare dei casi nei quali una lesione renale si cela dietro una cosidetta febbre criptogenetica, è nel periodo di preparazione subdolo della lesione che vanno ricercati quindi gli eventuali sintomi premunitori. L'esame di parecchi casi ha condotto G. Marotta (*Folia Medica*, 1924, n. 14) a stabilire che in ogni ammalato che abbia una febbre ad etiologia muta, una cosidetta febbre criptogenetica, bisogna seguire giorno per giorno, attentamente, la funzione renale. La torbidità delle urine, e la presenza, sia pure episodica, di albumina

la presenza, sia, pure episodica, di albumina

devono già suscitare il sospetto di una lesione renale, nella dovuta considerazione vanno presi e vanno tenuti i reperti di leucociti, di globuli rossi, di epiteli renali. Inoculando il sedimento nelle cavie, si ha risultato positivo per l'infezione tubercolare. Alla lesione renale latente possono anche condurci prima del risultato della prova biologica, la dolorabilità spontanea o provocata nelle regioni lombari, i disturbi vescicali, presenti, prima che la vescica si ammali, le alterazioni dell'uretere terminale, rilevabili con l'esplorazione rettale.

MONTELEONE.

La piuria del rene tubercolotico.

N. Fiessinger (*Journal des praticiens*, 7 giugno 1924) mette in guardia contro l'abitudine di prescrivere la dieta lattea in ogni caso in cui l'analisi chimica, fatta spesso dal farmacista senza l'esame microscopico, dimostra la presenza di albumina. Accade di sovente che, nonostante la dieta lattea, le urine rimangono torbide; gli esami continuano dimostrando sempre la presenza di albumina, sia pure in quantità decrescente, ciò che si spiega con la dieta lattea. Le cose continuano così senza miglioramenti; l'ammalato perde le forze e deperisce, fino a che si decide a farsi visitare da uno specialista il quale trova una cistite tubercolare. In tali casi, per evitare degli attriti deontologici, si consiglia di continuare la dieta lattea per una settimana, aggiungendo lo sciroppo jodotannico al mattino, la tintura di marte tartarizzata prima di ogni pasto e, talvolta, anche dell'acido fosforico alla sera. Dopo si fanno altri otto giorni di regime vegetariano e si riprende poi la carne ed il vitto ordinario, compreso il vino. Si assiste così a delle vere risurrezioni.

In presenza di albumina bisogna accertarsi se questa non dipenda da una piuria, chè in tal caso la dieta lattea non sarebbe necessaria nè utile. *fil.*

Embolia dell'arteria renale simulante una sindrome addominale acuta.

P. Bull (*Norsk Ulag. f. Laegevidenskaben*, 1924, p. 212) ricorda il caso di un paziente colto di notte improvvisamente da dolori di ventre, e quindi da vomito incessante. Era cianotico, con 70 di polso, e presentava rigidità del quadrante superiore destro dell'addome. Fu inviato all'ospedale con diagnosi di peritonite da probabile ulcera gastrica perforata. Però ivi gli furono riscontrati i segni di una stenosi mitralica; l'urina era scarsa, albuminosa, senza sangue in cilindri. Fu tuttavia sospettata un'embolia renale, e la cromocistoscopia mostrò che il rene destro non funzionava quasi affatto. Fu messo allo scoperto e furono costatati numerosi infarti, nonchè una embolia completa dell'arteria renale. Dopo alquanti giorni il paziente morì improvvisamente per occlusione embolica della valvola mitrale. DORIA.

Il trattamento dell'incontinenza di urina nel bambino.

J. Comby (*Soc. Méd. des hôpitaux*, 7 marzo 1924) considera l'incontinenza essenziale di urina come una neurosi; come tale, essa può subire l'influenza favorevole di molti agenti fisici, chimici ed anche psichici. Questa neurosi si presenta nella seconda infanzia o nell'adolescenza per terminare spontaneamente alla pubertà o nell'età adulta. Al pari della corea del Sydenham, essa è una malattia di evoluzione. Nulla di più variabile che le sue modalità cliniche, la rarità, frequenza, intermittenza o continuità dei fenomeni, guarigione apparen-

te o reale; tutti questi fatti si vedono nei bambini tormentati da questa affezione che mette a dura prova la pazienza del medico, del malato e dei familiari. Essa non è per nulla una malattia del collo o del corpo della vescica, dei nervi o del midollo spinale sebbene possa essere migliorata da interventi su queste parti.

Non vi è una, ma vi sono molte forme di incontinenza di urina, donde la possibilità di ottenere successi con le cure più svariate. L'A. consiglia di seguire il seguente metodo. 1) Vita all'aria libera, nella calma, non eccitazioni psichiche, nè fatiche fisiche. Il cambiamento d'aria, il soggiorno al mare, in campagna può interrompere, almeno per un certo tempo gli accidenti. 2) Alimentazione più vegetariana che carnea, non bevande fermentate, non caffè, tè; bere dell'acqua, ma alla sera fare un pasto secco. Non eccessi alimentari. 3) Idroterapia; docce tiepide, senza pressione, mattina e sera; versare sul corpo dell'acqua a 35°-36°; in seguito frizioni secche, senza alcool. Nei casi ribelli, sostituire la doccia con l'impacco bagnato (mezz'ora mattina e sera); da farsi con un panno bagnato nell'acqua fredda, spremuto, messo sopra una coperta di lana, avviluppandone poi il corpo. 4) Alla sera, nell'andare a letto, prendere, in un cucchiaino di acqua zuccherata, cinque gocce della pozione seguente: Solfato di atropina cg. uno; Acqua bollita g. 10. Aumentare di una goccia per sera, secondo l'età e la tolleranza, fino a X-XV-XX. Arrestarsi in presenza di disturbi visivi o di disfagia, altrimenti continuare sino alla fine del flacone. 5) Se la incontinenza non cede, prescrivere la soluzione di Joulie, Acido fosforico officinale g. 17; Fosfato di sodio g. 34; Acqua distillata g. 250. Da prendersi a cucchiaini da caffè da frutta, secondo l'età, tre volte al giorno.

Tale è il metodo che ha servito all'A. nella maggior parte dei bambini affetti da incontinenza di urina; esso è innocuo e facile ed è sempre bene accetto dalle famiglie, che esitano davanti alle punture ed agli interventi chirurgici.

fil.

La prevenzione delle ritenzioni di urina postoperatorie.

S. V. Stapelmohr (*Transactions of the Nordisk Kirurgisk Forening*, 1924, p. 246) conferma quanto ha affermato al riguardo Vogt, e cioè che le ritenzioni postoperatorie di urina, specie dopo anestesia lombare, si possono quasi sicuramente evitare con l'iniezione endovenosa di 5 cc. di urotropina al 40 %, praticata 10-15 ore dopo l'operazione. L'urotropina agisce per l'irritazione vescicale che provoca.

DORIA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Atrofia muscolare progressiva ed epilessia. — All'abb. n. 6582-2:

In alcuni casi di atrofia muscolare progressiva è stata constatata l'epilessia. È probabile si tratti di una complicazione. Non è possibile allo stato delle nostre conoscenze sulle due affezioni, pretendere di spiegare con una comune patogenesi il fatto amiotrofico e convulsivo.

Dr.

Corea ed epilessia. — All'abb. n. 8034:

Non si risponde a quesiti riferentisi a casi speciali. Tuttavia rileviamo che nel suo caso i rimedi sono stati troppi e quindi non sufficientemente adoperati per poter concludere sulla loro inefficacia. Forse è meglio insistere con il luminal e l'arsenico.

Dr.

All'abb. n. 10908:

Abbiamo risposto altre volte a domande identiche o simili.

P.

VARIA.

Empirismo e ciarlataneria.

Per quanto l'istruzione si diffonda e la cosidetta evoluzione vada insinuandosi in mille guise un po' dovunque, per quanto la legge punisca, per quanto in pubblico ognuno se ne vergogni, l'empirismo, la magia, la ciarlataneria allignano ancora ai nostri giorni ed in modo che molti non credono.

Il prof. Corsini nella sua interessante pubblicazione «*Medici ciarlatani e ciarlatani medici*» afferma che il numero degli stregoni, nelle campagne, è presentemente diminuito. Si convinca, l'egregio autore, che non è così.

A noi medici condotti e condotti in provincia più che ad ogni altro è dato constatare questo, e non esagero dicendo che anche ai nostri giorni, fra l'altro, per adempiere rettamente alla nostra missione, occorre sostenere una vera lotta contro un numero infinito di superstizioni ed un numero altrettanto infinito di ciarlatani, che in mille maniere gabbano i gonzi.

Anzi avevo sperato che almeno la Toscana, questa nostra terra ritenuta una delle più evolute regioni d'Italia, fosse ormai immune da certi postumi medioevali, invece ho dovuto persuadermi, che anche qua, come altrove, vecchiette dalle magiche parole, coloni virtuosi, filtri miracolosi, erbe rare, impiastri strabilianti — ve ne sono per tutti i gusti e per tutti i morbi e chi ne avesse tempo e voglia potrebbe farne una interessantissima enciclopedia farmacologica in barba alla Medicina Ufficiale.

Ed a ciò si ricorre, badate, anche da parte di persone non le più povere e le più ignoranti; e spesso, prima che all'opera del medico, e peggio ancora durante l'opera del medico — tanto che non è raro vedersi interrotta una cura coscenziosamente e pazientemente condotta, dietro i consigli di un ciarlatano qualunque, come non è infrequente sentirsi dire con la massima ingenuità che il malato prima di ricorrere alla nostra opera è già ricorso a diverse terapie empiriche.

È difficile, invece, dare ad intendere quanta pazienza e qualche volta quanta abnegazione significhi per un medico sradicare dalla mente dei molti certe superstizioni, debellare certi taumaturghi analfabeti, impedire e prevenire l'uso dei medicamenti empirici, con le loro conseguenze spesso dannose.

Ah! i bei tempi dell'Università quando si apprende l'arte del medico su' libri dotti e nelle bianche cliniche, senza sapere quanto sia dura la nostra professione nella pratica.

È sconfortante uscire di là con la testa zeppa di faticoso sapere ed il cuore pieno di altruistico entusiasmo e trovarsi improvvisamente di fronte al «settimo» che contradice con parole magiche l'eresipela, al dotto scamiciato che guarisce miracolosamente la meningite, al frate sacrestano che libera dal mal d'occhi, al «bacaio», che scaccia i vermi dai ventri dei bambini anche quando e sopratutto quando non ci sono!

Quest'ultimo anzi è uno dei nostri concorrenti più accaniti!

I vermi, secondo certe mamme, stanno ai bambini come la vite al pioppo. Qualunque indisposizione essi abbiano, dalla più lieve alla più grave, la causa prima sono sempre ...i vermi, e, secondo tali mamme, è perfettamente inutile chiamare il medico, se prima il bacaio non avrà scacciati con i suoi esorcismi i pericolosi inquilini dai ventri dei loro bambini.

Nella mia condotta questo personaggio illustre è un vecchietto di nome Donato, curvo e lento, settimo di sette fratelli e perciò dotato di miracolose virtù.

È molto ricercato anche in famiglie di condizione sociale non la più modesta ed il furbo vecchietto non dimentica di vantarsene pubblicamente.

Un giorno che ebbi l'idea di mostrarmi incredulo alla sua virtù, sapete che mi rispose? «*O che crede, sor dottore, lei un' ci crederà, ma io ho guarito da' bachi anche un bambino d'un suo collega*». E mi fece il nome di questo medico!

Non mi restò che stringergli la mano... amichevolmente.

***

Ma a proposito di ciarlatani racconterò quello che ebbi a vedere l'estate scorso.

Da varii giorni avevo in cura un bambino di due anni, figlio di coloni, affetto da gastro-enterite, forma piuttosto grave, con diarrea ostinata, addome fortemente meteorico, eruzioni cutanee, emaciazione progressiva.

Una mattina entrando in camera per la consueta visita fui colpito dall'odore sgradevole (puzzo di feci) diffuso nella stanza. Pensando che il bambino avesse defecato senza esserne stato convenientemente liberato, stavo per rimproverare la madre, quando essa, un po' confusa, mi confessò, che seguendo il consiglio di un Tizio aveva fatto sul ventre del malato un cataplasma di *sterco di cavallo*, il quale cataplasma a dirla con esso Tizio, era per tale malattia di un effetto miracoloso!!

Scopro il bambino e lo trovo infatti con l'addome completamente ricoperto di uno spesso strato della sopramenzionata roba, posto a contatto diretto della cute.

Non mi prolungo nella descrizione di questa terapeutica... barbara i cui effetti immediati e consecutivi è facile immaginare.

Denunziai il fatto alla Pubblica Sicurezza ma non fu possibile rintracciare l'empirico, che aveva consigliato tal genere di cura.

Il bambino, ad onta di ciò, dopo lunga degenza, guarì.

Mentre chiedo venia dell' aneddoto poco odoroso, io mi domando: è possibile credere a ciò se non vedendolo con i propri occhi?

E questo non è che uno fra i tanti esempi di ignoranza e di ciarlataneria, che tuttora ostacolano l'opera del medico.

Profilassi, profilassi contro le malattie infettive e contagiose, giusto, giustissimo, ma, a parer mio, altrettanto necessaria sarebbe una seria e severa profilassi contro l'empirismo e la ciarlataneria.

Ponte a Elsa, marzo 1924.

Dott. PELLICINI FERRANTE.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

Il testo del regolamento per gli esami di Stato.

La *Gazzetta Ufficiale* del 22 settembre n. 222 pubblica il testo del regolamento per gli esami di Stato approvato con decreto 29 giugno, n. 1388.

Delle sessioni e sedi di esame.

Art. 1. — Gli esami di Stato per l'abilitazione all'esercizio delle professioni di medico-chirurgo, odontoiatra, chimico, farmacista, ingegnere ed architetto si dànno in una sola sessione che ha inizio nel novembre di ciascun anno.

La sessione è indetta con ordinanza del Ministro della Pubblica Istruzione che sarà pubblicata nella *Gazzeta Ufficiale* del Regno.

Art. 2. — Possono essere sede degli esami di Stato le RR. Università e i RR. Istituti superiori indicati nelle tabelle *A* e *B*, annesse al R. Decreto 30 settembre 1923 n. 2102, salvo quanto è disposto nell'art. 47 per gli esami di Stato per la professione di odontoiatra.

Ciascuna Università o Istituto è sede di esami di Stato per l'abilitazione all'esercizio di quelle professioni per le quali l'Università o Istituto rilascia le lauree e i diplomi corrispondenti.

Possono essere sedi di esami di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di ingegnere soltanto le RR. Scuole d'ingegneria.

Art. 3. — Entro il mese di luglio di ogni anno tutte le Università e gli Istituti superiori comunicano al Ministero il numero di coloro che, presumibilmente, siano per presentarsi agli esami di Stato per ciascuna professione.

Salvo quanto è disposto dall'art. 47 per l'abilitazione all'esercizio della professione di odontoiatra, gli esami di Stato sono annualmente tenuti in un numero di sedi non maggiore di dieci per ciascuna professione, in relazione al numero dei candidati.

Il Ministro, con l'ordinanza con la quale indice ogni anno la sessione di esami, stabilisce in quali Università e Istituti per ciascuna professione si tengono esami di Stato.

Con la stessa ordinanza il Ministro può impartire disposizioni per regolare eventualmente la distribuzione dei candidati tra le varie sedi.

Art. 4. — I candidati non possono sostenere gli esami in quelle sedi nelle quali siano stati iscritti nell'ultimo biennio, o vi abbiano conseguito la laurea o il diploma che è titolo di ammissione agli esami medesimi salvo quanto è disposto dall'art. 47 per gli esami di Stato per la professione di odontoiatra.

Dell'ammissione agli esami.

Art. 5. — Chi aspira ad essere ammesso agli esami di Stato deve presentare domanda, su carta legale, diretta al presidente della Commissione esaminatrice presso l'Università o Istituto ove intenda sostenerli, indicando:

a) nome e cognome dei genitori;

b) luogo di nascita, residenza sua e della famiglia;

c) professione per la quale desidera conseguire il diploma di abilitazione.

La domanda dev'essere corredata dai seguenti documenti:

a) titolo originale o certificato di laurea o diploma; titolo originale accademico conseguito all'estero, convalidato a norma dell'art. 51 del R. decreto 30 settembre 1923 n. 2102;

b) documento da cui risulti il pagamento della tassa di ammissione agli esami;

c) documento da cui risulti il pagamento dello speciale contributo di cui all'art. 36 comma 2° del presente regolamento;

d) certificato rilasciato dall'Università o Istituto ove il candidato ha conseguito la laurea o il diploma, dal quale risulti se egli abbia o no sostenuto precedentemente esami di Stato e quante volte, eventualmente, li abbia ripetuti.

Qualora per l'ammissione agli esami sia stato esibito, in luogo del titolo accademico, un certificato, non può essere rilasciato il diploma di abilitazione all'esercizio professionale se non quando venga presentato il titolo originale.

Art. 6. — La domanda deve essere presentata alla segreteria della Università o Istituto entro il termine stabilito dalla ordinanza che indice la sessione ed è valida anche se il candidato debba, per esuberanza di iscritti, sostenere gli esami in altra sede.

Le domande che pervengano oltre il termine sopra indicato non possono essere accolte.

(*Omissis*).

Delle Commissioni esaminatrici.

Art. 8. — Le Commissioni esaminatrici sono nominate, ogni anno, con decreto del Ministro e ciascuna di esse è composta come segue:

1) per l'esame di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo i componenti sono sedici: dieci professori di ruolo, due liberi docenti, quattro persone estranee all'insegnamento superiore;

2) per l'esame di abilitazione all'esercizio della professione di odontoiatra i componenti sono sei: quattro professori di ruolo, un libero docente, una persona estranea all'insegnamento superiore;

(*Omissis*).

Art. 9. — Possono essere chiamati a far parte delle commissioni esaminatrici professori di ruolo della Università o Istituto che è sede di esami di Stato, oppure di altra Università od Istituto.

Qualora non sia possibile formare una Commissione esaminatrice col numero di professori di ruolo indicato nel precedente articolo, possono essere chiamati, in loro vece, professori incaricati, purchè il numero dei professori di ruolo costituisca la maggioranza prescritta dall'art. 59 del R. Decreto 30 settembre 1923 n. 2102.

Art. 10. — Per ogni commissione esaminatrice è nominato un numero di supplenti pari almeno ad un quinto del numero dei membri effettivi, ed in ogni caso dovrà essere nominato un supplente per ciascuna delle categorie di commissari.

Art. 11. — I professori ufficiali ed i liberi docenti che debbono far parte di ciascuna commissione sono nominati dal Ministro su designazione della Giunta del Consiglio Superiore.

Le persone estranee all'insegnamento universitario sono scelte dal Ministro su terne proposte dai locali consigli degli ordini professionali, o tra le altre categorie indicate dall'art. 59 del R. Decreto 30 settembre 1923 n. 2102.

Uno dei membri di ciascuna commissione esa-

(*) **La presente rubrica è affidata all'avv. Giovanni Selvaggi, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.**

minatrice per la professione di medico-chirurgo è designato dal Ministro dell'Interno tra i funzionari superiori della Sanità pubblica: ispettori generali medici e parificati, o medici provinciali.

Art. 12. — Col decreto di costituzione delle Commissioni il Ministro ne nomina il presidente e la persona che deve supplirlo in caso di sua assenza o impedimento.

Nella prima adunanza di ciascuna commissione il presidente affida ad uno dei componenti le funzioni di segretario relatore.

Art. 13. — Per gli esami di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo e di ingegnere ogni commissione può suddividersi in sottocommissioni, composte ciascuna di non meno di quattro membri, uno dei quali deve, possibilmente, appartenere alla categoria delle persone estranee all'insegnamento superiore.

La formazione delle sottocommissioni è disposta dal presidente nella prima adunanza della commissione plenaria.

Art. 14. — Nessuna adunanza di commissione o di sottocommissione è valida se non siano presenti almeno i tre quarti dei componenti.

Tutte le deliberazioni si prendono a maggioranza di voti. In caso di parità prevale il voto del presidente.

Per tutte le adunanze è redatto processo verbale che è firmato dal presidente e dal segretario.

Art. 15. — Le segreterie delle Università e degli Istituti, presso i quali si tengono esami di Stato, funzionano quali uffici di segreteria di ciascuna commissione sotto la diretta dipendenza dei singoli presidenti.

Art. 16. — Ai componenti le commissioni, è corrisposto, dal giorno precedente l'inizio degli esami a quello seguente la chiusura della sessione, un compenso giornaliero di lire venticinque se appartenenti all'amministrazione dello Stato, e di lire cinquanta se estranei all'amministrazione stessa.

Oltre a tale compenso è corrisposto ai componenti che non risiedono nel luogo ove si tengono le adunanze, la indennità di missione e il rimborso delle spese a norma dell'art. 3 del R. Decreto 31 dicembre 1923, n. 2909.

Delle operazioni di esami.

Art. 17. — Gli esami per l'abilitazione all'esercizio delle professioni, indicate nell'art. 1, consistono in prove scritte o grafiche, e orali o pratiche.

Il Ministero della Pubblica Istruzione invia in busta chiusa e suggellata, al Rettore dell'Università o Direttore dell'Istituto superiore, ove si tengono gli esami di Stato, temi identici per tutte le sedi per le prove scritte e grafiche, secondo le norme speciali stabilite per ogni professione.

La busta deve essere consegnata dal Rettore o Direttore al presidente della Commissione nel giorno fissato per ciascuna prova scritta o grafica, prima delle operazioni di esame.

Della consegna è fatta menzione nel verbale.

Art. 18. — I giorni in cui si svolgono le prove sui temi inviati dal Ministero sono stabiliti per tutte le sedi con la ordinanza di cui all'art. 1.

I giorni in cui si svolgono le altre prove sono fissati dai presidenti delle commissioni esaminatrici.

Con avviso affisso all'albo della Università o Istituto è data preventiva notizia dell'ordine di svolgimento di tutti gli esami e dell'orario prestabilito.

Art. 19. — I candidati debbono dimostrare la loro identità personale prima di ciascuna prova di esame, presentando la tessera universitaria, o il libretto ferroviario se sono in servizio dello Stato, o la loro fotografia di data recente, autenticata dal Sindaco, con la legalizzazione dell'autorità prefettizia.

Art. 20. — Nei giorni stabiliti per le prove sui temi inviati dal Ministero il presidente della commissione, alla presenza dei candidati, fatta osservare la integrità della busta e dei suggelli, estrae i temi e li detta o li fa dettare.

Art. 21. — Per lo svolgimento delle prove scritte e grafiche è assegnato ai candidati un numero massimo di ore che sarà indicato dal Ministero sullo stesso foglio contenente i temi o il tema di esame.

I candidati debbono usare esclusivamente carta fornita dall'Università o Istituto, munita del bollo di ufficio e della firma del presidente della commissione.

I lavori, muniti della firma del candidato, sono consegnati, insieme con le minute, ai professori incaricati dell'assistenza, i quali vi appongono la loro firma indicando l'ora della consegna.

I candidati non possono comunicare tra loro nè con estranei. È escluso dall'esame chi contravviene ad alcuna di queste disposizioni o di quelle altre che possono essere date per assicurare la sincerità dell'esame stesso.

L'assistenza durante le prove scritte o grafiche è dal presidente di ciascuna commissione affidata, per turno, ai componenti la commissione stessa in numero sufficiente a garantire una efficace vigilanza.

Art. 22. — Ogni commissario dispone di dieci punti per ogni prova di esame.

Il candidato ottiene l'idoneità quando abbia conseguito almeno sei decimi del totale dei punti di cui la commissione dispone.

Art. 23. — La commissione esaminatrice, compiuta la revisione dei lavori scritti o degli elaborati sui temi inviati dal Ministero, delibera prima sulla sufficienza ed assegna poi il voto ai candidati che abbiano raggiunta l'idoneità.

Quando la commissione è divisa in sottocommissioni la revisione dei lavori, di cui al comma precedente, è fatta dalla commissione plenaria.

Dei candidati che abbiano raggiunta l'idoneità nelle prove anzidette è redatto un elenco che viene affisso nell'albo universitario.

Coloro che non abiano riportato la sufficienza nelle prove stesse non sono ammessi a quelle successive.

Art. 24. — Per le prove orali e pratiche è consentito un solo appello.

Il candidato che, senza giustificato motivo, non si sia presentato al suo turno perde il diritto all'esame e non può conseguire alcun rimborso di tasse o contributi.

Art. 25. — Il candidato che si ritiri durante una prova di esame è considerato come riprovato.

Art. 26. — Sulle prove orali e pratiche la commissione delibera appena compiuta ciascuna delle prove stesse, giudicando prima della idoneità e assegnando poi i voti di merito.

Art. 27. — Ogni commissione riassume, al termine dei suoi lavori, l'esito delle singole prove ed assegna il voto complessivo risultante dalla somma dei voti riportati da ciascun candidato.

Se si sono costituite sottocommissioni le operazioni di cui al comma precedente sono eseguite dalla commissione plenaria.

Art. 28. — Compiute le operazioni i presidenti delle Commissioni:

a) dispongono l'affissione nell'albo dell'Università o Istituto degli elenchi di coloro che hanno superato gli esami. Detti elenchi debbono contenere i voti di ciascuna prova ed il voto complessivo;

b) curano che un elenco analogo, firmato da tutti i commissari e contenente le stesse indicazioni, sia inviato al Ministero;

c) curano altresì che sia data comunicazione dei risultati favorevoli o sfavorevoli degli esami dei singoli candidati alle Università o Istituti che hanno loro rilasciato i diplomi e le lauree, affinchè ne sia presa nota nel registro della carriera scolastica di ciascuno di essi.

Art. 29. — I presidenti delle commissioni dispongono quanto è necessario per garantire la sincerità delle prove e la legalità nelle operazioni di esame.

Essi, in caso di gravi trasgressioni alle norme dettate col presente regolamento, ordinano, sotto la loro responsabilità, la sospensione delle operazioni di esame riferendone immediatamente al Ministro.

Art. 30. — Il Ministro, su proposta dei presidenti delle commissioni o anche di sua iniziativa, dispone l'annullamento degli esami dei candidati ammessi contro le tassative disposizioni del presente regolamento, ed in generale quando si riscontrino casi di dolo o di errore.

Il Ministro può in ogni tempo annullare gli esami che risultino superati con frode o che, comunque, siano stati illegalmente sostenuti, e revocare i diplomi di abilitazione.

Art. 31. — I candidati sono personalmente responsabili della buona conservazione degli strumenti e del materiale, compreso quello bibliografico, ad essi affidati durante le prove scritte e pratiche; e sono tenuti al pagamento dei danni eventualmente recati al detto materiale.

Art. 32. — Il candidato che non abbia conseguito l'idoneità può ripetere l'esame nell'anno seguente: se neppure la seconda volta consegue la idoneità può ripeterlo soltanto dopo trascorsi due anni dall'ultimo esame sostenuto.

Tale norma si applica anche successivamente, qualora l'esito delle prove precedenti sia stato sfavorevole.

Nei casi di cui al precedente comma valgono, per quel che riguarda le sedi di esami, le disposizioni contenute nell'art. 4 del presente regolamento.

Del rilascio dei diplomi.

Art. 33. — A coloro che hanno conseguito l'abilitazione vien rilasciato un diploma, a firma del Ministro della Pubblica Istruzione, del presidente di ciascuna commissione e del capo della segreteria della Università o Istituto sede di esame.

La segreteria dell'Università o Istituto sede di esame cura la compilazione dei diplomi su appositi modelli forniti dal Ministero nel numero presumibilmente occorrente.

I diplomi sottoscritti dal presidente della commissione esaminatrice e dal capo della segreteria sono inviati al Ministero insieme con gli elenchi di cui all'art. 28, e con i modelli non adoperati o rimasti inservibili per errore di scritturazione o altra causa.

I diplomi stessi, muniti della firma del Ministro e del bollo a secco del Ministero della Pubblica istruzione vengono restituiti alle rispettive segreterie per la consegna agli interessati.

L'elenco di coloro che hanno conseguita l'abilitazione all'esercizio professionale viene pubblicato, a cura del Ministero dell'Istruzione, nella *Gazzetta Ufficiale* del Regno.

(*Omissis*).

Art. 35. — Non è consentito rilasciare duplicati dei diplomi di abilitazione all'esercizio professionale.

Soltanto in caso di smarrimento, debitamente comprovato, il diploma originale può essere, a tutti gli effetti, sostituito da una copia conforme rilasciata, in seguito ad apposita autorizzazione del Ministro, dalla segreteria dell'Università o Istituto dove il richiedente ha sostenuto l'esame.

Art. 36. — Le tasse di ammissione agli esami di Stato di cui all'art. 2 del R. decreto 31 dicembre 1923 n. 2909, sono pagate all'erario a mezzo di cartolina-vaglia, indirizzata al Procuratore del Registro della circoscrizione in cui ha sede l'Università o Istituto superiore.

Oltre alla tassa suddetta il candidato deve versare direttamente alla cassa dell'Università o Istituto superiore, ove sostiene l'esame, un contributo di lire cinquanta. Il provento di tale contributo — prelevato un decimo da destinarsi a compensi per il personale di segreteria e subalterno — è devoluto a rimborso di spese per consumo di materiali, uso di strumenti, fornitura di cancelleria.

Esami di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo.

Art. 37. — La prova scritta degli esami di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo consiste nello svolgimento di un tema di indole pratica che coinvolga questioni patogenetiche, diagnostiche e terapeutiche riferibili a casi clinici concreti.

Nel tema sono precisati dati di fatto, elementi di ragionamento e speciali quesiti.

Il Ministero invia due temi: uno riflettente argomenti di medicina e l'altro argomenti di chirurgia. Il candidato ha facoltà di scelta.

Art. 38. — La prova orale e pratica comprende:

1) una prova di medicina;

2) una prova di chirurgia;

3) una prova di ostetricia;

4) una prova sopra una delle seguenti specialità, a scelta del candidato: oculistica, dermosifilopatia, pediatria, psichiatria.

La prova di specialità scelta dal candidato è da esso indicata nella domanda di ammissione agli esami di Stato.

La durata delle prove di medicina e di chirurgia è di almeno 30 minuti; la durata delle altre prove è di almeno 15 minuti.

Art. 39. — Le commissioni per gli esami di abilitazione alla professione di medico-chirurgo si suddividono, per lo svolgimento della prova orale e pratica, in quattro sottocommissioni: una per la prova di medicina, una per la prova di chirurgia, una per quella di ostetricia e una per quella di specialità.

Ogni sottocommissione è composta di quattro membri e si costituisce nominando il proprio presidente ed il segretario relatore.

Qualora nella commissione non sia compreso un

professore di qualcuna delle specialità di cui all'articolo precedente, il presidente della commissione ha facoltà di aggregare, in soprannumero, per gli esami della corrispondente specialità il professore della sede.

Art. 40. — La prova di medicina si deve svolgere sull'ammalato.

La commissione si accerta della capacità tecnica del candidato nel rilevare i sintomi, delle sue conoscenze sul valore diagnostico dei sintomi rilevati, della sua cultura in fisiologia, patologia ed igiene, in rapporto alle esigenze dell'esercizio professionale, ed infine della sua maturità nel giudizio prognostico e nelle indicazioni terapeutiche.

Le interrogazioni hanno inizio solo dopo che il candidato abbia completato l'esame clinico dell'ammalato. Inoltre il candidato deve esporre quali ricerche di laboratorio siano, eventualmente, richieste nel caso in esame per comprovare il giudizio diagnostico, indicandone il rispettivo significato semeologico, e deve eseguire quelle ricerche che la commissione riterrà opportuno.

Il giudizio diagnostico, prognostico e terapeutico può essere richiesto per iscritto.

Art. 41. — La prova di chirurgia è analoga nelle modalità e nei fini a quella di medicina.

Al candidato, in luogo di ricerche di laboratorio, viene richiesta la dimostrazione della sua capacità pratica nelle fasciature e nella confezione di apparecchi.

Debbono essere altresì saggiate le cognizioni anatomiche del candidato per le esigenze dell'esercizio professionale.

Nei riguardi delle indicazioni operatorie il candidato è particolarmente interrogato sui criteri nello stabilirle, mentre, per ciò che si riferisce alla tecnica operativa, non possono essere richieste che le nozioni le quali abbiano nella pratica una applicazione anche per parte dei medici generici.

Al candidato possono anche essere rivolte domande sulla valutazione medico-legale delle lesioni chirurgiche.

Art. 42. — Nella prova di ostericia il candidato, con l'esame di un caso clinico, ed, eventualmente, con manovre sul fantoccio, deve dimostrare la sua cultura e la sua capacità tecnica nella fisiopatologia, nella semeiotica, nella clinica e terapia ostetrica.

Art. 43. — La prova di specialità verte su di un caso clinico con particolare riguardo alla diagnosi, prognosi e terapia.

Esami di abilitazione all'esercizio della professione di odontoiatra.

Art. 44. — La prova scritta per gli esami di abilitazione all'esercizio della professione di odontoiatra consiste nello svolgimento di un tema inviato dal Ministero. Il tema, oltre a speciali quesiti, comprenderà questioni di patogenesi, diagnosi e cura di anomalie e malattie del sistema dentario.

Art. 45. — La prova orale si svolgerà con le modalità stabilite all'art. 40 per la prova di medicina.

Art. 46. — Con la prova pratica il candidato deve dimostrare la sua capacità nella tecnica operativa sui denti fissati nel fantoccio e nella costruzione di apparecchi di prostesi dentaria mascellare e di ortodontoiatria.

Art. 47. — Gli esami per l'abilitazione all'esercizio della professione di odontoiatra avranno luogo per la prima volta nella sessione dell'anno 1926, e, ove in quell'epoca non esistano altre scuole oltre la Scuola nazionale di odontoiatria in Roma, istituita con R. decreto 31 dicembre 1923 n. 2910, essi saranno tenuti soltanto nella sede di Roma.

Ove venissero istituite altre scuole di odontoiatria, il Ministero della pubblica istruzione potrà disporre che gli esami abbiano luogo in più sedi in modo che i candidati sostengano gli esami in conformità del disposto dell'art. 4.

Seguono le disposizioni speciali per la professione di chimico, farmacista, ingegnere, architetto.

DISPOSIZIONI TRANSITORIE.

Art. 66. — Per l'anno 1924 sono sedi degli esami di Stato tutte le Università e gli Istituti superiori di cui alle tabelle *A* e *B* del R. decreto 30 settembre 1923, n. 2102.

I candidati possono sostenere gli esami in qualunque sede, salvo il disposto del seguente articolo per gli esami di abilitazione all'esercizio della professione di architetto.

Art. 67. — Nella sessione per l'anno 1924 gli esami di Stato si svolgono in conformità delle seguenti disposizioni:

1) gli esami di abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo consistono in una prova orale pratica di medicina e in una prova orale pratica di chirurgia, con le norme stabilite dagli articoli 40 e 41, senza l'obbligo, per la prova di medicina, dell'esecuzione delle ricerche di laboratorio.

Le commissioni esaminatrici sono formate di dieci membri effettivi dei quali: sei professori di di ruolo, due liberi docenti e due persone estranee all'insegnamento universitario.

Le commissioni si suddividono in due sottocommissioni;

2) gli esami di abilitazione all'esercizio della professione di chimico consistono nelle prove di cui agli articoli 49 e 50;

3) gli esami di abilitazione all'esercizio della professione di farmacista consistono nelle prove di cui agli articoli 52 e 53;

4) gli esami di abilitazione all'esercizio della professione di ingegnere consistono nella prova di cui alla lettera *b*) dell'art. 55 sovra tema che sarà scelto da ciascuna commissione, e nella prova orale di cui all'art. 60.

Per i laureati in fisica gli esami consistono nelle prove di cui al comma precedente e nella prova scritta e grafica di meccanica applicata alle costruzioni ed alle macchine di cui all'art. 61 sovra tema scelto da ciascuna commissione.

5) gli esami di abilitazione all'esercizio della professione di architetto consistono nelle prove di cui agli articoli 63, 64 e 65.

Le prove estemporanee grafiche vertono su temi scelti da ciascuna commissione.

Gli esami hanno luogo soltanto nella sede di Roma.

N. B. — *Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del «Policlinico», via Sistina, 14 - Roma (6).*

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Contro gli stupefacenti.

La Commissione Consultiva per il traffico dell'oppio, della Società delle Nazioni, ha tenuto la sua VI sessione a Ginevra, dal 4 al 13 agosto. Ha eletto Presidente il sig. Van Wettum (Paesi Bassi) e vice Presidente il principe Charoon (Siam). Hanno partecipato ai lavori: i sigg. Anselmino (Germania), Bourgois (Francia), Campbel (India), Chao-Hsin-Chu (Cina), Sir Honn Iordan e signorina Hamilton Wright (assessori). La Commissione aveva invitato la Bolivia, la Grecia, il Perù, la Persia, la Russia, la Svizzera e la Turchia (che hanno particolari interessi da far valere e che non hanno avuto occasione di esprimere la loro opinione sui lavori preparatori per la conferenza internazionale per la limitazione della produzione dell'oppio e delle foglie di coca, nonchè della fabbrica di stupefacenti) ad inviare i loro rappresentanti a questo scopo.

Rispondendo a questo invito, la Bolivia ha nominato il sig. Pinto Escalir, e la Grecia il sig. Colocotronis.

La preparazione di questa Conferenza convocata a Ginevra per il 17 novembre, nonchè la preparazione della Conferenza per la soppressione graduale dell'oppio da fumo nei territori dell'Estremo Oriente, fissata al 3 novembre, sono state affidate ad un Comitato di Esperti i cui lavori hanno costituito l'oggetto principale delle deliberazioni della Commissione.

Limitazione della produzione. — La Commissione ha preso conoscenza dei progetti presentati dal Comitato preparatorio ed ha elaborato un complesso di provvedimenti adatti a fornire una base utile ai lavori della Conferenza ed a preparare il terreno all'accordo.

I provvedimenti contemplati dalla Commissione tendono a ridurre la produzione mercè un controllo più stretto sulla fabbrica e sul commercio.

La loro applicazione rafforzerà le disposizioni della Convenzione dell'Aja relative al traffico dell'oppio e ne creerà delle nuove. I Governi si impegneranno a far conoscere la quantità di *oppio grezzo*, di *foglie di coca*, di *morfina*, di *eroina* e di *cocaina* che essi desiderano importare annualmente per provvedere ai bisogni medici e scientifici del loro consumo interno, della loro fabbrica e del loro commercio. Essi si impegneranno anche di organizzare un controllo più efficace sulla fabbrica e sul commercio nazionale ed internazionale. Inoltre, essi stabiliranno un regolamento per impedire il contrabbando dell'oppio e degli stupefacenti che si pratica nei porti franchi, nelle zone franche e nei magazzini esenti da dogana.

Questi provvedimenti che saranno comunicati al Consiglio contemporaneamente al rapporto del Comitato preparatorio, tengono conto dei bisogni legittimi di stupefacenti di ciascun Paese. Essi contengono varie disposizioni di ordine pratico destinate a ridurre il commercio illecito senza occuparsi del commercio lecito.

Soppressione graduale dell'uso dell'oppio da fumo. — La Commissione ha approvato il programma elaborato dal Comitato preparatorio per la Conferenza internazionale convocata per il 3 novembre ed il cui scopo è la applicazione della parte seconda della Convenzione dell'Aja, cioè la soppressione graduale dell'uso dell'oppio da fumo.

Questo programma comporta l'esame della situazione attuale nei territori dell'Estremo Oriente ove sussiste l'uso dell'oppio da fumo, la discussione dei provvedimenti adatti a combattere questo uso e la preparazione di una Convenzione internazionale. Esso, inoltre, prevede uno studio particolare sul consumo dell'oppio nei territori confinanti con la Cina e sui provvedimenti che potranno essere suggeriti al Governo Cinese per sopprimere questa produzione e questo uso in Cina.

Sir John Jordan ha formulato, a questo scopo, una proposta in cui si prevede una riduzione annuale del 10 % della quantità di oppio grezzo importato nei Paesi, Colonie e territori dell'Estremo Oriente dove le fumerie di oppio sono ancora autorizzate. Questa quistione sarà discussa alla Conferenza.

Canapa indiana. — In seguito alla richiesta del Governo dell'Unione Sud Africana, la Commissione ha deciso di porre allo studio la questione dell'uso abusivo della canapa indiana. Essa si è occupata inoltre del rilascio di certificati di importazione dietro istruzioni telegrafiche, e della situazione in Cina, in Persia, nonchè nei territori sotto mandato, per ciò che concerne l'uso dell'oppio e degli stupefacenti.

Certificati di importazione. — La Commissione ha discusso i provvedimenti che alcuni Governi applicano già ed in virtù dei quali gli agenti consolari sono autorizzati a rilasciare, su semplice avviso telegrafico dei loro Governi, i certificati di importazione di oppio e di stupefacenti. La Commissione ritiene che questi provvedimenti che sono diretti a facilitare le transazioni commerciali permettendo del tutto uno stretto controllo, sono lecite e possono essere applicate da tutti i Governi.

La Commissione si è occupata anche della situazione in Cina, in Persia e nei territori sotto mandato.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

Modificazioni al programma degli studi medici in Germania.

Sono state emanate in Germania nuove disposizioni riguardanti il «curriculum» di studi e gli esami necessari per conseguire il diploma di abilitazione all'esercizio della professione medico-chirurgica (*Münch. med. W.*, 1924, pag. 1070).

Il corso preparatorio, seguito dal primo esame, dura quattro semestri e comprende: l'anatomia, con programma semplificato, la fisica, la chimica,

la zoologia, la botanica, la fisiologia, con estensione maggiore dell'attuale alla chimica fisiologica.

Il corso clinico comprende al minimo 6 semestri, con servizi pratici per due semestri nelle cliniche medica, chirurgica e ostetrica, per un semestre nelle cliniche oftalmica, pediatrica, psichiatrica, otorinolaringoiatrica, dermosifilopatica e nelle policliniche. Inoltre vi sono corsi obbligatori di patologia generale e speciale, anatomia patologica e topografica, farmacologia, igiene, medicina legale. Per gli esami furono ora resi obbligatori quelli di fisiologia patologica e di medicina legale; inoltre è prescritto di dar particolare considerazione alle leggi dell'eredità e alla applicazione medica delle assicurazioni sociali.

Terminato il secondo esame, prima di ottenere il diploma, il candidato deve fare un anno di internato in un ospedale, durante il quale deve mostrare le sue capacità ed attitudini professionali. Deve inoltre studiare un caso clinico in relazione con le assicurazioni sociali e presentare una relazione scritta ad una commissione, discutendo i vari rapporti del paziente rispetto alla legislazione.

Come si vede nei nuovi ordinamenti germanici la medicina legale ha assunto una posizione di particolare rilievo, entrando a far parte in maniera autonoma e spiccata dello esame di Stato. Ciò che provoca un malinconico ma spontaneo paragone con le norme ultimamente emanate in Italia circa l'esame di Stato, ove la medicina legale non ha una posizione confacente ai sempre più vasti rapporti tra l'esercizio della professione medica e la legislazione sociale.

Prof. LEONE LATTES.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Importazione e smercio di prodotti arsenobenzolici, sieri e vaccini.

Il Ministero delle Finanze, Direzione Generale delle Dogane, ha proposto a quello dell'Interno il quesito se sia consentito importare nel Regno prodotti arsenobenzolici preparati all'Estero, presentandoli agli uffici doganali alla rinfusa, ossia confezionati in grosse fiale contenenti notevoli quantità di prodotto, da suddividersi successivamente in fialette. Al riguardo il Ministero dell'Interno ha ritenuto opportuno far presente che in linea di massima le autorizzazioni da esso concesse nei riguardi sanitari a norma dell'art. 134 T. U. Leggi sanitarie 1° agosto 1907, n. 636, per l'importazione nel Regno così dei prodotti arsenobenzolici come di sieri, vaccini e prodotti affini, preparati all'Estero, si riferiscono esclusivamente ai prodotti confezionati nelle varie dosi terapeutiche quali vengono posti in commercio per l'uso diretto ed immediato e che pertanto non debbono subire alcuna manipolazione dopo l'introduzione nel Regno presso i rispettivi depositi autorizzati.

Ogni manipolazione infatti priverebbe i prodotti suindicati, per la loro speciale natura facilmente alterabili ed inquinabili, di quelle indispensabili garanzie di purezza offerte dall'Istituto produttore.

Che se in qualche caso particolare ai Depositi i quali dispongono di personale idoneo e di adatti mezzi può essere consentita, presso i depositi stessi, la suddivisione in fiale dei prodotti originali provenienti dall'Istituto produttore, tale concessione speciale deve espressamente risultare dal relativo Decreto ministeriale di autorizzazione.

Cronaca del movimento professionale.

I medici di reparto delle Ferrovie secondarie ed i biglietti sulla rete statale.

Come è noto l'on. Torre soppresse, per i medici di reparto delle Ferrovie secondarie, il biglietto annuale sulle Ferrovie dello Stato. Con ciò veniva tolta ai detti medici la retribuzione principale dell'opera loro.

I medici della Centrale Umbra stanno facendo pratiche perchè da parte del Ministero competente, con l'intervento della Direzione della Società, venga ripristinato il biglietto.

Perchè l'opera loro abbia maggiore efficacia, è utile che tutti i medici di reparto delle Ferrovie secondarie d'Italia agiscano nello stesso senso. A questo scopo debbono inviare domanda alla propria Direzione, ed un'altra al Ministero competente per il tramite del segretario generale Sindacato Nazionale M. C. il quale provvederà a raccomandarle a S. E. il Ministro.

Basterà che le domande siano firmate da uno o due medici per ciascuna Società. È necessario agire con sollecitudine.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BADIA POLESINE (*Rovigo*). *Ospedale Civile.* — Scad. 15 nov. Primario medico e primario chirurgo; L. 8000 cadauno, sessenni, percentuale contributi agiati. Età massima 45 anni.

BELLUNO. — Medico del Dispensario celtico comunale; L. 3000; se sanitario condotto L. 2000; titoli ed esami; tassa L. 25 all'esattore cassiere. Scad. ore 18 del 23 novembre.

CODOGNO (*Milano*). *Ospedale Civile.* — Chirurgo primario; titoli ed eventualm. esami; L. 4500 (*sic*) e 4 quinquenni decimo; c.-v. di legge. Scad. 30 nov. Fino a 60 anni. Biennio di prova. Assunz. serv. non oltre 1° gennaio 1925.

CRESPINO (*Rovigo*). — Scad. 6 nov.; II reparto; L. 8000, oltre L. 3000 se cav., L. 1500 se motocicl., L. 800 se bicil.; L. 500 ambul.; c.-v.; 5 quinq. decimo.

GENOVA. *Associazione Nazionale Medici Marina Mercantile.* — Concorso tra gli associati che vogliano coprire posti di medico fisso sui piroscafi della Compagnia di Navigaz. «Lloyd Triestino». Vedi fasc. 43. Scad. 1 dicembre.

LECCE. *Amministrazione Provinciale.* — Due medici di reparto del Manicomio. Vedi fasc. 43. Scad. ore 12 del 30 novembre.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Medico Ispettore; scad. ore 16 del 15 novembre. Vedi fasc. 41.

MOTTA DI LIVENZA (*Treviso*). — Scad. 15 nov.; 2° reparto; L. 8000 oltre indenn. trasp. e c.-v.

PRATO (*Firenze*). *Spedale della Misericordia e Dolce*. — Medico primario; L. 10,000 e c.-v.; 4 trienni decimo. Scad. ore 18 del 22 nov. Età mass. 45 a. Tassa L. 50 alla Tesoreria. Chiedere annunzio.

RAVENNA. — Medico primario del Comune e direttore sanitario del Civico Ospedale; L. 12,000 e 5 quadrienni decimo; c.-v. Età limite a. 40. Libera docenza in clinica o patologia spec. med. e tre anni di direz. di un ospedale importante o di un reparto mediço id. o di aiutato in clinica medica. Proroga al 20 novembre.

REGGIO EMILIA. *Ospedale di S. Maria Nuova*. — Medici specialisti di dermosifilopatia, di oculistica, di ortopedia, di otorinolaringoiatria; L. 3000 non aumentabili; percentuale tasse di operaz. e di assist. med. e delle prestazioni, ecc.; nom. e conferme triennali; età mass. 45. Scad. ore 18 del 15 nov. Vaglia post. di L. 50.20 tassa conc. Serv. entro 15 gg. Docum. agli Uffici dell'Ammin. (v. Edmondo De Amicis 31). Chiedere annunzi.

ROMA. *Ministero dell'Interno*. — Con Decreto Ministeriale 18 ottobre è prorogato al 22 novembre il termine per la presentazione delle domande relative al concorso a 50 posti di medico provinciale aggiunto, a due posti di assistente medico nel laboratorio micrografia e batteriologia ed un posto di assistente chimico nel laboratorio chimico, i cui bandi furono pubblicati nella *Gazzetta Ufficiale* del 22 settembre u. s.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti*. — Conc. per esami a 30 posti di assistente medico-chirurgo. Scad. ore 15 del 30 nov. Età limite 30. Tassa di L. 50, non reperibile, al Tesoriere. Stip. L. 4500. Per le altre condizioni chiedere annunzio alla Segreteria Generale.

ROMA. *Università Israelitica*. — Medico effettivo della Deputazione Israelitica di Carità. Scad. 15 nov. Età lim. 40 a. L. 1200 (*sic*) annue, c.-v. di L. 1560, tre quinquenni decimo; prova annua. Chiedere annunzio alla Segreteria (Lungo Tevere Cenci), ove sono ostensibili le norme.

S. MICHELE DEL QUARTO (*Venezia*). — Condotta, a tutto il 15 nov., ore 17. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria.

STAZZENA (*Lucca*). — A tutto il 15 nov., 2ª cond., per 10 frazioni in luoghi montuosi con popolaz. complessiva di 10,000 ab., in parte sparsi; pov. 800; stip. L. 8000 e 4 quinquenni decimo; indenn. trasf. L. 5000 e L. 2500 cavalc., L. 1200 indenn. mobile. Chiedere annunzio. Serv. entro 15 giorni.

VALSTAGNA (*Vicenza*). — Scad. 15 nov. Stip. e indenn. complessive per soli poveri L. 10,800.

VOLPAGO (*Treviso*). — Scad. 10 nov.; consor.; L. 9500 e quinquenni dec.; addizion. L. 2 oltre i 1000 pov.; L. 3600 trasp.; L. 400 uff. san.; c.-v.

Cercasi medico interino per il Comune Accumoli (Aquila), stip. L. 12,000 annue e indennizzo di cavalcatura. Il posto è libero dal 1° nov. Scrivere al sindaco cav. uff. Luigi Angelini, via Nazionale 82, Roma.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Commissioni universitarie per promozioni a ordinari

Con recente disposizione del Ministero della P. I. le Commissioni giudicatrici per le promozioni dei professori universitari ad ordinari sono state così distribuite:

Clinica oculistica: Albertotti Giuseppe; Ovio Giuseppe; Gallenga Camillo; Angelucci Arnaldo; Rietti Amilcare. *Affini*: Tricomi Ernesto; Aducco Vittorio; Muscatello Giuseppe.

Clinica ostetrica e ginecologica: Miranda Giovanni; Ferroni Ersilio; Clivio Innocente; Pestalozda Ernesto; Sfameni Pasquale. *Affini*: Pepere Alberto; Muscatello Giuseppe; Lustig Alessandro.

Igiene: Sclavo Achille; Sanarelli Giuseppe; Di Vestea Alfonso; Canalis Pietro; Manfredi Luigi. *Affini*: Lustig Alessandro; Aducco Vittorio; Bignami Amico.

Anatomia umana normale: Sala Luigi; Chiarugi Giulio; Bertelli Dante; Levi Giuseppe; Versari Riccardo. *Affini*: Grassi G. Battista; Ruffini Angelo; Dionisi Antonio.

Medicina legale: Perando Gian Giacomo; Ferrai Carlo; Mirto Domenico; Cevidalli Attilio; Biondi Cesare. *Affini*: Sclavo Achille; Dionisi Antonio; Sabbatani Luigi.

Anatomia patologica: Pepere Alberto; Dionisi Antonio; Barbacci Ottone; Fabris Aldo; Cesaris Demel Antonio. *Affini*: Lustig Alessandro; Sacerdotti Cesare; Bignami Amico.

Patologia speciale chirurgica: Tricomi Ernesto; Burci Enrico; Tusini Giuseppe; Muscatello Giuseppe; Alessandri Roberto. *Affini*: Dionisi Antonio; Pepere Alberto; Sacerdotti Cesare.

Materia medica e farmacologia: Sabbatani Luigi; Gaglio Gaetano; Valenti Adriano; Coronedi Giusto; Marfori Pio. *Affini*: Lo Monaco Domenico; Bottazzi Filippo; Aducco Vittorio.

Clinica pediatrica: Jemma Rocco; Comba Carlo; Pacchioni Dante; Francioni Carlo; Di Cristina Giovanni. *Affini*: Sclavo Achille; Dionisi Antonio; Micheli Ferdinando.

Patologia generale: Lustig Alessandro; Salvioli Ignazio; Morpurgo Benedetto; Sacerdotti Cesare; Tiberti Nazareno. *Affini*: Pepere Alberto; Dionisi Antonio; Cesaris Demel Antonio.

Nel corpo sanitario militare.

La commissione centrale del Ministero della Guerra, incaricata di giudicare i lavori su temi militari presentati al concorso bandito con circolare n. 611 del Giornale Militare 1923, ha ritenuto meritevoli di premio le memorie dei sottonotati ufficiali medici.

Colonn. medico R. Bernucci. — *Note di geografia medica della Tripolitania* (2° premio): L. 500.

Tenente colonnello medico A. Casarini. — *La scelta dei piloti per la R. Aeronautica* (1° premio): L. 1000.

Magg. medico E. Basso. — *Come si può organizzare un ospedale da campo* (2° premio): L. 500.

Capitano medico F. Bocchetti. — *Le colonie sanitarie marine militari* (1° premio): L. 800.

Capitano medico N. Rodinò. — *La profilassi delle malattie infettive dominanti nelle nostre colonie* (1° premio): L. 800.

NOTIZIE DIVERSE.

III Congresso Internazionale di Medicina e di Farmacia Militari.

Tutti i medici appartenenti, o che abbiano appartenuto, ai servizi sanitari militari, sono invitati a questo Congresso, indetto a Parigi, nel Val de Grâce (Scuola d'applicazione di Sanità Militare), dal 20 al 25 aprile 1925.

Ne abbiamo già riportato il programma nel fascicolo 40. Gli uffici del Congresso hanno sede a Parigi (VIIe) rue de Bellechasse, 66.

Si prega di mandare le adesioni possibilmente non oltre il 1° dicembre; in ogni caso non si ricevono oltre il 1° febbraio. Vanno dirette al Commissariato del Congresso. Le quote d'iscrizione sono fissate in 30 franchi francesi per gli uomini, 20 per le signore; potranno essere corrisposte in numerario, mandati e vaglia postali, assegni bancari, ecc., da intestare a: Monsieur l'Officier d'administration du Service de Santé, Trésorier du III Congrès Internat. de Méd. et de Pharm. Milit.

Al Congresso sarà unita un'Esposizione.

Richiedere agli uffici i programmi, i bollettini d'adesione e qualsiasi informazione complementare.

Elargizioni.

Il Comitato esecutivo della Cassa di Risparmio delle Province Lombarde ha deliberato di proporre alla Commissione centrale che la somma di un milione, toccata in sorte alla Cassa nell'estrazione dei buoni del tesoro a premio, sia passata al fondo di beneficenza e destinata a concorrere alla risoluzione di uno dei problemi igienico-sanitari che maggiormente interessino.

Il Banco di Sicilia ha assegnato, sul fondo di beneficenza della Cassa di Risparmio del Banco, la somma di L. 100,000 a favore dell'Ospedale di Caltanissetta, a chiusura dell'esercizio 1925.

L'Alfabeto della salute.

Inspirandosi a consimile pubblicazione fatta dalla grande «Associazione Americana per la tutela della salute del fanciullo», l'Istituto italiano d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale, ideato e diretto dal prof. Ettore Levi, ha pubblicato l'«Alfabeto della salute».

È un libretto di propaganda senza pretese, che si presenta in veste artistica e in modo suggestivo pei bambini ai quali è destinato, e che servirà egregiamente a instillare nelle tenere menti dei fanciulli d'Italia i precetti fondamentali dell'igiene in forma semplice e attraente.

Ogni lettera dell'Alfabeto fa richiamo ad un principio, ad una norma, ad un consiglio, espresso in pochi e facili versi adatti alla mentalità del piccolo lettore.

Una vignetta illustra e chiarisce i concetti che il fanciullo assimilerà, quasi senza accorgersene, e tradurrà in azione.

Una copia costa L. 2.75; dieci copie si possono avere con L. 25 e cinquanta con L. 100, presso il predetto Istituto (sede Roma - Via Minghetti, 17).

La prima Mostra delle Università Italiane

si è inaugurata il 19 ottobre, nel Museo Zoologico di Roma, con un discorso dell'on. Bottai. Vi hanno partecipato 17 Università e l'Ateneo di Venezia. Numerosi e ammirati i cimelii medici.

Il Calendario della Croce Rossa.

La Croce Rossa assume direttamente in proprio la pubblicazione del Calendario pel 1925, acquistando il quale ogni cittadino concorre ad opera benefica, sostenendo una Associazione patriottica che dopo il turbinoso periodo della guerra ha modificato le sue attività, dedicandosi al risanamento igienico del nostro Paese.

Il tipo giornaliero, stile antico, imitazione cuoio sbalzato, riproduzione della «Pietà» di Michelangelo, si vende a L. 12.

Un tipo settimanale di gran lusso, interamente in pelle, illustrato da 52 tricromie, con 12 cartoline artistiche utilizzabili, si vende a L. 60.

La diffusione di questo Calendario della C. R. è opera umanitaria e filantropica.

Esposizione di Igiene a Vienna.

Per iniziativa dell'Associazione austriaca «Hygiene Ausstellung Wien» sarà organizzata in Vienna, nei mesi di aprile e maggio 1925, una grande Esposizione d'igiene, con il concorso di quello Stato, di Comuni e di privati, nell'intento di dimostrare lo stato attuale dei progressi raggiunti nel campo igienico e, in pari tempo, di fare opera di propaganda igienica, a mezzo di conferenze e di proiezioni cinematografiche.

I Comuni, gli Enti sanitari e le Associazioni filantropiche che avessero intenzione di partecipare alla detta Esposizione, potranno rivolgersi direttamente alla citata Associazione (Hygiene Ausstellung Wien) in Vienna.

L'on. Capasso querelato.

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici della provincia di Genova, adunato in seduta straordinaria il 5 settembre u. s., ha stimato che un articolo comparso nel «Pensiero Sanitario» del 30 agosto p. p. contenesse accuse ledenti l'onorabilità dei componenti il Consiglio; esse riguardano un o. d. g. votato dal Consiglio stesso in data 5 giugno 1924, in merito ad una controversia tra l'Associazione nazionale dei medici di bordo e quattro medici associati che si staccarono dalla stessa; considerato che, anche per la funzione demandatagli con la lettera *b*) dell'art. 8 della legge 1910, «il Consiglio amministrativo deve vigilare alla conservazione del proprio decoro e della propria indipendenza», ha deliberato ad unanimità di sporgere querela contro il direttore responsabile del suddetto periodico, on. prof. Pietro Capasso, nonchè contro chiunque risultasse autore dell'articolo, complice o correo, accordando ampia facoltà di prova; ha delegato il presidente prof. Luigi Sivori a rappresentare in giudizio il Consiglio; ha affidato il patrocinio della causa agli avvocati P. L. Erizzo e De Barbieri.

Alessandro Lacassagne.

In Francia, e altrove, giuristi e biologi si dolgono del recente lutto, che ha colpito le Facoltà di medicina e legge a Lione. Vi è scomparsa una integra figura di accademico e membro dell'Istituto; a 81 anno, dopo una vita di scienza applicata a servizio della giustizia.

Alessandro Lacassagne era nato in Aquitania, a Cahors.

Si laureò a Montpellier; fu medico militare, dottore aggregato al Val-de-Grâce, e nel '70 prestava servizio nei dragoni dell'Imperatrice. Cavalleresco, lealissimo, disciplinato, come ogni uomo d'armi, sopportò tranquillamente gli orrori della *débacle*, e i rigori della prigionia di guerra. Rimpatriato, partì con i battaglioni coloniali per l'Africa, dove cominciò gli studi su le note somatiche e psichiche della personalità, su il tatuaggio e le stigmate dello squilibrio mentale. Fu richiamato in patria dalla nascente Facoltà medica di Lione, alla cattedra di Medicina Legale e Sociale. Con Bournet, Coutagne, Garraud, fondò nel 1896 «*les Archives d'Anthropologie criminelle et Médicine Legale*».

«*Le bons sens, l'instruction, la probité*» erano norma della sua vita. Seguì il Torde e il Bertillon, polemizzò urbanamente con il Lombroso, a proposito del «delinquente nato». Il Lacassagne insisteva sull'azione dell'uomo su l'uomo nella società, «*sur les conditions de la vie sociale, qui font naître, préparent et développent la criminalité*». È vivo in noi il ricordo di questa sua sentita affermazione!

La sua «*Médicine Legàle*», edita a Parigi dal Masson, ebbe più edizioni. Egli seguì il rigoglioso rifiorire della sua scienza, in ogni ramo: *penale, civile, economico*, e degli *accidents du travail;* analogamente a quanto in Italia si fa da Carrara, Perrando, Mirto, Cevidalli, Leoncini, Moriani, Pellegrini, ecc., ecc.

Dopo la giubilazione donò alla Città i suoi dodicimila volumi, e scrisse il suggestivo libro de la *verte vieillesse*.

La sua vita fu abbreviata da un grave infortunio: uno scontro d'automobile. Rimase infermo a lungo. Si spense lentamente dopo avere amato, senza posa, la nazione. La tarda età ebbe confortata dalla *rivincita*.

Oggi, dopo l'aurora vittoriosa, la salma posa tra i mirti e i laureti. Discendano ivi purissime le luci, a mattutino; e vi rinverdiscano le fronde sempre, come l'onesta sua dottrina e rinomanza in Francia e altrove, tra le civili genti colte...

Genova, 14 ottobre 1924.

Prof. LUIGI CARLO MASSINI.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 - Tip. Cartiere Centrali (S). L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXXI Roma, 10 Novembre 1924 Fasc. 45

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA OSTETRICO-GINECOLOGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretta dal prof. sen. E. PESTALOZZA.

Ricerche sull' indice antiemolitico urinario nello stato puerperale. (1)

Dott. ANTONIO RICART,
assistente volontario straniero (Spagna).

Le moderne ricerche sul coefficiente uroemolitico (Amati: titolo di diluizione in acqua distillata che bisogna aggiungere all'urina perchè diventi emolitica) e sull'indice antiemolitico (Condorelli: rapporto fra questo titolo prima e dopo trattamento con carbone animale atto a privare l'urina del suo contenuto lipoideo) hanno acquistato notevole importanza dopo che quest'ultimo autore, ha dimostrato che l' indice antiemolitico urinario segue le oscillazioni del rapporto lipoideo nel sangue — colesterina totale, acidi grassi e saponi liberi — rapporto che può essere assunto, quale indice del bilancio tossico dell'organismo, intendendo per bilancio tossico il rapporto tra la entità dell'intossicazione e la validità della difesa messa in opera da questo.

Ne risulta che per Condorelli l'indice antiemolitico è esponente del bilancio tossico: da ciò l'importanza della ricerca. I dati di fatto sui quali il Condorelli posa le sue affermazioni sono: le urine contengono normalmente sostanze emolitiche ed antiemolitiche. In condizioni fisiologiche la quantità di sostanze antiemolitiche è superiore a quella delle emolitiche; da ciò l'azione antiemolitica delle urine normali (2).

(1) Ricerche eseguite per consiglio del Dottor R. Bompiani.

(2) Verdozzi prima, Gardi e Sivori poi hanno studiato l'antiemolisi urinaria con ricerche nel campo immunitario. Iniettando urine in diversi animali, potevano determinare nel siero sostanze emolitiche soltanto per i globuli rossi degli animali fornitori dell'urina. Le urine hanno perciò funzione di antigene perchè in presenza di alessine e sistema emolitico danno una deviazione dovuta alla fissazione dell'alessina (Verdozzi), o secondo Gardi e Sivori alla capacità normale delle urine di assorbire l'alessina. Amati nelle sue ricerche sull'emo-

Le sostanze antiemolitiche esistenti sempre nelle urine sono rappresentate da lipoidi e più precisamente da un oleato di colesterina individualizzabile per la reazione propria a questa sostanza e dosabile quantitativamente (normalmente 0,400 gr. nelle 24 ore). Le emolitiche, distinte in una emolisina α ed una β, pure a seconda dei loro caratteri fisici, chimici e della loro azione biologica, risultano da un miscuglio di acidi grassi e saponi liberi (0,500 gr. nelle 24 ore).

L'eliminazione di queste sostanze per l'urina segue le variazioni del tasso colesterinemico e del contenuto in acidi grassi catabolici del sangue, come risulta da dosaggi quantitativi di questi composti eseguiti rispettivamente nel sangue e nelle urine.

Ora per stabilire in una data urina quali di questi gruppi di lipoidi antagonistici prevale, possiamo giovarci del fenomeno dell'emolisi confrontando l'azione esercitata dalle urine sulle emazie umane prima e dopo trattamento con carbone animale, atto a separare e trattenere l'antiemolisina (adsorbimento da parte del carbone animale dei lipoidi urinari lasciando intatti gli altri costituenti) e valutare così il potere emolitico ed antiemolitico dell'urina stessa.

Praticamente si preparano delle diluizioni secondo lo schema seguente:

Provette	I	II	III	IV	V	VI
Urina	2	2	2	1	1	1
Acqua distill.	0,50	1	1,50	1	1,50	2
Diluizioni	2:2,5	2:3	2:3,5	2:4	2:4,5	2:5

mettendo nelle provette della prima serie urina semplice, in quelle della seconda serie urine trattate con carbone animale (un campione di 30 cm. di urine delle 24 ore deve rimanere almeno per un'ora a contatto con carbone animale purissimo.

Si aggiunge a ciascuna provetta 0,10 di sospensione al 20 % di emazie umane lavate per tre volte in soluzione fisiologica alla centrifuga.

Come proceda l'emolisi si osserva dopo una e dopo otto ore lasciando le provette a temperatura ambiente.

L'indice antiemolitico si ricava così: se per esempio nella prima serie l'emolisi avviene alla diluizione 2:6 e nella seconda serie 2:4, l'indice sarà 6 — 4 = 2. Prevalenza dell'azione antiemolitica che si ha in condizioni normali. Se invece l'emolisi avviene nella prima serie a 2:3,5 e nella seconda serie a 2:5 l'indice sarà 3,5—5=—1,5 indice negativo per prevalenza dell'azione emolitica degli acidi grassi, L'indice può però essere anche uguale a zero.

Normalmente esso si aggira intorno a + 2; in condizioni patologiche, delle quali sono state specialmente studiate dal Condorelli le nefropatie, la carcinomatosi ed alcune malattie infettive e da Scalas le epatopatie, l'indice antiemolitico si modifica ed in genere si hanno valori più bassi della norma.

Mancano invece ricerche sistematiche condotte in gravidanza, parto e puerperio, mentre si comprende a priori quale alta importanza possa avere la nozione del bilancio tossico dell'organismo muliebre in tutte le forme di tossicosi legate allo stato gravidico e in specie negli stati preeclampisici, in cui la conoscenza del grado di intossicazione potrebbe esserci utile sia dal punto di vista prognostico che terapeutico, indicandoci con maggior sicurezza la via da seguire nel trattamento.

Mi è sembrato perciò cosa utile studiare il valore e l'applicabilità del metodo nello stato puerperale, anche perchè dalle ricerche di Dossena e Piccaluga risulta che le urine della gravida, anche normale, sono dotate di potere emolitico, ma non è chiaro il meccanismo per

---

lisi urinaria stabilisce che le urine normali contengono una sostanza antiemolitica. Secondo questo autore l'antiemolisi urinaria prescinde dal peso specifico, reazione, quantitativo di urea, di cloruri e del Δ urinario.

Questa sostanza antiemolitica avrebbe in un certo modo *funzione protettiva per i globuli rossi e li sottrarrebbe alle normali leggi dell'osmosi.

Dossena e Piccaluga confermano nelle urine normali la presenza di un potere emolitico e di uno antiemolitico (già ammessa dal Condorelli) i quali tendono a neutralizzarsi e saturarsi a vicenda. Il potere antiemolitico è poco variabile e di azione costante; l'emolitico è suscettibile di maggiore variazione e può in condizioni speciali prendere il sopravvento ed indurre la emolisi. Il potere emolitico inoltre sarebbe distrutto dall'ebollizione e da nessun mezzo può essere ripristinato, scompare invece inattivando l'urina per 30' a 60°, ma ricompare per l'aggiunta di complemento (siero fresco di cavia alla dose di 0,1). Anche la reazione dell'urina ha notevole importanza; alcalizzando l'urina antiemolitica con KOH o con NaOH (non con NH3) diviene emolitica; lo stesso fenomeno può ottenersi in individui normali ad urine antiemolitiche alimentandoli con una ricca dieta vegetariana in modo che l'urina diventi alcalina.

Condorelli partendo dallo studio dei lipoidi urinari in una serie completa di ricerche ha potuto affermare che le urine normali inibiscono l'emolisi per la loro concentrazione molecolare e per la presenza in esse di una antiemolisina la quale conferisce ai globuli rossi umani una resistenza maggiore. Successivamente con ricerche cliniche è riuscito ad isolare, caratterizzare chimicamente e biologicamente antiemolisine ed emolisine contenute nelle urine.

il quale si comportino differentemente da quelle della donna non in stato gravidico. Le mie ricerche comprendono perciò 4 gruppi di casi:

1.° — Donne normali — cioè fuori dello stato puerperale;

2.° — Donne in gravidanza a decorso regolare;

3.° — Donne gravide in condizioni patologiche;

4.° — Puerpere normali e patologiche.

Per brevità i risultati ottenuti insieme ai più importanti dati riguardanti lo stato di salute della donna ed i caratteri dell'urina, sono stati riassunti in tabelle.

Tab. I. — Donne fuori dello stato puerperale.

Caso	Reazione	Peso specifico	Albumina	Indice antiemolitico
1	Acida	1.020	Assente	3 — 2 = + 1
2	„	1.018	„	5 — 2 = + 3
3	„	1.019	„	3 — 2 = + 1
4	„	1.008	„	3 — 2 = + 1
5	„	1.017	„	3 — 3 = 0
6	„	1.017	„	3 — 2 = + 1
7	„	1.021	„	4 — 2 = + 2
8	„	1.018	„	3 — 2 = + 1
9	„	1.021	„	4 — 2 = + 2
10	„	1.017	„	4 — 3 = + 1

Da questo specchio appare che nei nostri casi l'indice antiemolitico anche in condizioni normali può variare e che ad ogni modo è lontano dall'avere quel valore quasi costante che ritiene il Condorelli. In uno dei nostri casi raggiungeva il valore di + 3, in un altro di 0, nel maggior numero è stato = a + 1, cioè un po' più basso di quello che suole verificarsi secondo l'A. citato. Ora ci sembra utile rilevare fin da questo momento il fatto, perchè ciò vuol dire che pur verificandosi il fenomeno in modo uniforme a quello rilevato dal Condorelli, cioè valore positivo nei casi normali, pure il criterio subbiettivo dell'osservatore può avere una certa importanza nello stabilire il momento o meglio il numero della provetta in cui prima si verifica il fenomeno dell'emolisi. Ciò potrà giovarci a comprendere qualche altra discordanza tra i risultati nostri e quelli ammessi dal Condorelli.

In questo secondo gruppo di casi — donne portatrici di gravidanza normale — troviamo in genere l'indice antiemolitico abbassato: soltanto in due casi su 17 uguale a + 1, negli altri oscillante tra 0 e —3 e ciò indipendentemente dalla reazione dell'urina che risultò acido in tutti i casi meno uno ed al peso specifico, anche questo variante tra i due estremi di 1,013 e 1,027.

Questo fatto dell'indipendenza dell'indice antiemolitico dal peso specifico, a meno che questo si abbassi oltre un determinato limite,

Tabella II. — Donne gravide normali.

Caso	Scheda	Gravidanze precedenti	Epoca di gravidanza	Reazione	Peso specifico	Albumina	Indice antiemolitico
1	A. 1450	Primipara	sesto mese	Acida	1.020	Assente	3 — 6 = — 3
2	641	„	nono mese	„	1.021	„	3 — 2 = + 1
3	686	Pluripara	„	Alcalina	1.014	„	3 — 3 = 0
4	A. 1236	„	„	Acida	1.016	„	3 — 3 = 0
5	A. 1431	„	„	„	1.012	„	3 — 3 = 0
6	29	Primipara	a termine	„	1.015	„	6 — 6 = 0
7	35	„	„	„	1.018	„	5 — 6 = — 1
8	724	„	„	„	1.017	„	6 — 6 = 0
9	885	Pluripara	„	„	1.021	„	2 — 3 = — 1
10	2540	Primipara	„	„	1.018	„	4 — 4 = 0
11	2573	„	„	„	1.027	„	6 — 5 = + 1
12	1115	Pluripara	nono mese	„	1.027	„	2 — 3 = — 1
13	1148	„	„	„	1.018	„	2 — 3 = — 1
14	848	„	a termine	„	1.017	„	3 — 6 = — 3
15	. .	Primipara	„	„	1.018	„	5 — 6 = — 1
16	852	„	„	„	1.018	„	3 — 6 = — 3
17	. .	„	„	„	1.017	„	2 — 2 = 0

era stato già rilevato da precedenti ricercatori. Anche l'osservazione dell'abbassamento del potere antiemolitico in gravidanza trova riscontro con quanto già era stato visto dal Dossena e Piccaluga, che in questo come in alcuni stati morbosi, hanno stabilito che le urine assumono comportamento emolitico. Ora poichè l'indice s'innalza per diminuzione dell'emolisine e per l'aumento dell'antiemolisine o per ambedue le cause, e viceversa s'abbassa per la diminuzione dell'antiemolisine e per l'aumento delle emolisine (Condorelli), è logico ammettere che anche nella gravidanza normale, una o tutte e due queste ultime cause debbano essere in giuoco. Quanta parte possa avere la lipoidemia gravidica affermata dal Bolaffio e dal Decio oltre che da numerosi AA. stranieri, specie come messa in circolo di acidi grassi, che infatti che proprio in 5 casi di albuminuria — che sappiamo essere uno dei primi esponenti — della tossicosi gravidica, l'indice antiemolitico in una donna si mostrò = a 0, in due a: — 2 e — 4, mentre in altre due osservazioni risultò positivo, cioè + 1 e + 2, e ciò proprio in quei casi nei quali l'albumina era in quantità maggiore (4 e 5 ‰). È vero che il Condorelli osserva a questo proposito come nel casi di nefrosi — che d'altra parte sappiamo essere la lesione caratteristica del rene gravidico — la degenerazione lipoidea che l'accompagna — data l'abnorme quantità di colesterina presente nelle urine possa modificare i risultati. In un caso di eclampsia invece si ebbe un indice molto basso; — 3, ma in questo caso il peso specifico (1,002) ed i caratteri microscopici del sedimento urinario, ci portano a

TABELLA III. — Donne gravide in condizioni patologiche.

Caso	Scheda	Gravidanze precedenti	Epoca di gravidanza	Osservazioni	Reazione	Peso specifico	Albumina	Indice antiemolitico
1	936	Pluripara	nono mese	Albuminuria	Acida	1.020	¼ ‰	1 — 3 = — 2
2	1036	„	a termine	„	„	1.021	¼ ‰	1 — 5 = — 4
3	53	Primip.	„	„	„	1.027	½ ‰	3 — 3 = 0
4	38	Pluripara	„	„	„	1.029	4 ‰	5 — 3 = + 2
5	29	Primip.	„	„	„	1.024	5 ‰	5 — 4 = + 1
6	1258	„	„	Eclampsia	„	1.002	Abbondante	2 — 5 = — 3
7	1177	„	„	Polmonite	„	1.017	Tracce	3 — 2 = + 1
8	808	Pluripara	sesto mese	Bronch. specifica	Alcalina	1.013	Assente	1 — 4 = — 3
9	780	„	nono mese	Esito di tifo	Acida	1.023	Abbondante	2 — 3 = — 1
10	1207	Primip.	a termine	„ „	Neutra	1.010	„	2 — 3 = — 1
11	716	„	„	„ influenza	Acida	1.022	„	1 — 3 = — 2
12	840	„	„	„ polmoniti	„	1.028	Tracce	3 — 6 = — 3
13	1207	„	„	„ „	„	1.018	„	3 — 5 = — 2

sappiamo dotati di azione emolitica, non ci è noto; ma è logico supporre che appunto una delle cause dell'aumentato potere emolitico urinario in gravidanza sia dovuto all'eliminazione di questi acidi grassi.

Occorrono ricerche in proposito: rapporto tra acidi grassi del sangue, urinari e potere globolicida delle urine per riuscire a stabilire ciò con esattezza. Ad ogni modo ci pare logica questa supposizione, tanto più se si ammette con Dossena e Piccaluga che il potere antiemolitico sia ben poco variabile e di azione quasi costante in confronto a quello emolitico.

In questo terzo gruppo — gravide in condizioni patologiche — rileviamo risultati varii i quali mal si accordano — diciamolo subito — con l'ipotesi che l'indice antiemolitico urinario possa riuscire utile come specchio dello stato di tossiemia dell'organismo. Troviamo pensare che oltre al fatto acuto dovesse preesistere una forma di nefrite cronica.

Nei casi in cui si ebbe la complicanza di malattie infettive (casi 8, 9, 10, 11, 12, 13) l'indice antiemolitico è stato sempre negativo. Ciò si accorda con quanto è stato dimostrato da Rouzart e Suquet, i quali hanno stabilito l'esistenza di una ipocolesterinemia delle malattie infettive e quindi di una prevalente azione degli acidi grassi e saponi liberi, capaci di dare l'emolisi. Viceversa si ha ipercolesterinemia in convalescenza e ciò potrebbe spiegarci il valore positivo di: + 1 osservato nel caso 7 — donna convalescente di polmonite. In questo caso però si deve anche tener conto della scarica dei cloruri urinari — che sappiamo appunto suole verificarsi nei primi giorni di convalescenza in questa malattia, e che non può

non influire sulle condizioni fisiche e chimiche nelle quali si svolge il fenomeno dell'emolisi.

Veniamo ora a questo quarto gruppo di casi — Puerpere normali e patologiche —. Per quanto il numero sia scarso, pure si rileva un fatto costante ed è che mentre nei primi giorni — e cioè fino al 6°, l'indice antiemolitico e uguale a zero o al disotto: —1, —2; a partire dal 7° giorno diventa positivo. Ciò si accorda con quanto è stato osservato dal Bolaffio — a proposito dei lipoidi del sangue nello stato gravidico puerperale cioè che la prima settimana di puerperio si uguaglia da questo punto di vista alla gravidanza ed al parto, mentre dal 7° giorno in poi l'organismo materno tende a tornare al normale e quindi si comporta come questo ultimo. Anche l'indice antiemolitoco varia tra + 1 e + 2.

In complesso ci sembra dunque di poter rilevare che lo studio del bilancio tossico dell'organismo materno nello stato puerperale — per mezzo dell'indice antiemolitico — è lontano dal poter raggiungere quella sicurezza di risultati che sarebbe desiderabile in queste condizioni a scopo pronostico e quale mezzo sussidiario per stabilire l'indirizzo terapeutico. È proprio in questi casi, in cui l'organismo è affetto da tossicosi la quale si rispecchia sull'apparato renale inducendo la classica nefrosi gravidica che i risultati possono essere falsati dalla degenerazione lipoidea degli epiteli renali. Inoltre, come tutti i mezzi in cui entra il criterio subbiettivo dell'osservatore a valutare il fenomeno, pecca di poca sicurezza. Nell'insieme però i risultati si accordano con quelli ottenuti dal Condorelli fuori dello stato puerperale e di Dossena e Piccaluga in gravidanza. Spetta a questi Autori ed altri, il merito di aver messo in vista e studiato nei loro particolari il fenomeno dell'emolisi urinaria rilevandone tutta l'importanza clinica in condizioni normali e patologiche.

Roma, settembre 1924.

TABELLA IV. — Donne puerpere normali e patologiche.

Caso	Scheda	Gravidanze precedenti	Giornata di puerperio	Osservazioni	Reazione	Peso specifico	Albumina	Indice antiemolitico
1	831	Primip.	1° giorn.	. .	Acida	1.021	Tracce	2 — 3 = — 1
2	842	„	„	. .	„	1.018	„	2 — 2 = 0
3	1122	Pluripara	„	. .	„	1.027	Assente	3 — 5 = — 2
4	1110	„	2ª giorn.	. .	„	1.024	„	2 — 3 = — 1
5	1128	„	„	. .	„	1.013	„	2 — 2 = 0
6	1270	Primip.	„	. .	„	1.009	Traccie	2 — 3 = — 1
7	884	Pluripara	5ª giorn.	. .	„	1.020	Assente	2 — 2 = 0
8	1209	Primip.	„	Albuminuria	„	1.017	6 ‰	6 — 5 = — 1
9	873	Pluripara	6ª giorn.	. .	„	1.021	Tracce	2 — 2 = 0
10	879	Primip.	„	. .	„	1.023	Assente	4 — 5 = — 1
11	1209	„	7ª giorn.	Albuminuria	„	1 016	2 ‰	3 — 2 = + 1
12	854	„	8ª giorn.	. .	„	1.019	Assente	6 — 5 = + 1
13	851	„	„	Puerp. febbr le	„	1.017	„	4 — 2 = + 2
14	861	„	10ª giorn.	. .	„	1.022	„	4 — 3 = + 1
15	864	„	9ª giorn.	. .	„	1.019	„	4 — 2 = + 2

LAVORI CONSULTATI.

AMATI. *Emolisi urinaria.* — Napoli, 1919.

ID. *Nuove indagini sulle urine per la diagnosi di nefrite e dei tumori maligni. Ricerca del coefficiente uremolitico.* — Policl. Sezione Prat., Fasc. 9, 1921.

BOLAFFIO. *Sui lipoidi del sangue e sull'azione lipolitica del siero nello stato puerperale.* — Estratto dagli Annali di Ost. e Ginecologia, 1913.

CONDORELLI. *Antiemolisine ed emolisine urinarie.* — Polic. Sez. Prat., 1920.

Id. *Antiemolisine ed emolisine nelle urine.* — Policl. Sez. Prat., 1921.

Id. *Antiemolisine ed emolisine urinarie.* — Arch. di Pat. e Clin. Med., 1922.

Id. *Lo studio del bilancio tossico con speciale riguardo alle nefropatie.* — Accad. Gioenia di Catania, vol. XIII, Sez. 5.

DECIO. Comun. nel XVII Congresso di Ost. e Ginecol. Ital.

DOSSENA e PICCALUGA. *Ricerche esperimentali sul comportamento antiemolitico ed emolitico nelle urine fisiologiche e patologiche.* — Annali di Ost. e Ginecol., 1921

SCALAS. *Il coefficiente uroemolitico nelle malattie epatiche.* — Pol. Sez. Prat., 1923.

SILIGATO. *Contributo alla conoscenza della tecnica e del significato dell'indice antiemolitico urinario.* — Pol. Sez. Prat., 1923.

VERDOZZI. *Sul potere lisogenico ed emozoico dell'urina normale.* — Estratto dagli Annali di igiene sperimentale, anno 1908, fasc. I.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE G. B. MORGAGNI - FORLÌ
SEZIONE CHIRURGICA
diretta dal prof. SANTE SOLIERI.

Ancora sull'uso dell'argento colloidale per iniezioni endoarticolari nei processi flogistici delle articolazioni (1)

per il dott. LUIGI CONTI, aiuto.

In una nota pubblicata nella *Rivista Ospedaliera* (anno XI, vol. XI, n. 4-5) esposi un trattamento, allora del tutto nuovo, dell'idrope cronica dell'articolazione del ginocchio, trattamento che, pur iniziato in un numero ristretto di malati, diede risultati assai lusinghieri e stabili. Si trattava di 4 casi già precedentemente curati e ribelli ai mezzi più in uso nella terapia di queste lesioni; non credo opportuno enumerare ancora i diversi metodi ed i diversi liquidi usati come modificatori della membrana articolare. All'immobilizzazione noi associammo l'argento colloidale per via endoarticolare: sia nei primi 4 casi, come in una serie numerosa di malati che abbiamo avuto campo di curare in seguito, ci siamo potuti convincere dell'efficacia e della praticità del metodo usato.

Credo ora opportuno riferire una interessante osservazione di questi ultimi tempi che si discosta dalle precedenti forme e per la natura del processo, e per le modalità tecniche del trattamento.

B.... A...., di anni 24, da Forlì. Viene accolto in Sezione il 13 dicembre 1923.

Anamnesi remota negativa.

Il paziente ha sempre goduto ottima salute fino a 30 giorni addietro, epoca in cui, per un trauma diretto al ginocchio destro, fu costretto a mettersi a letto.

L'*esame obbiettivo* dà il seguente risultato: infermo in discrete condizioni generali; arto inferiore destro dolente a qualsiasi movimento attivo e passivo, gamba leggermente flessa sulla coscia, ginocchio arrossato, tumido, senza alcuna traccia di lesioni esterne; articolazione distesa, scomparsa delle fossette prerotulee, ballottamento della rotula evidentissimo, temperature 37.9 con leggeri brividi di freddo.

Interrogato, il paziente riferisce che durante il periodo di degenza in casa, l'arto è stato tenuto completamente immobile; a varie riprese gli sono state praticate localmente pennellature di tintura di jodio ed impacchi caldi: pochi giorni addietro gli era stato fatto anche lo svuotamento del liquido articolare seguito da installazione di liquido di Durante.

Da allora i fenomeni dolorosi ed infiammatori erano peggiorati ed era comparsa anche la febbre.

L'arto, previa anestesia generale, viene disteso: una puntura esplorativa dell'articolazione mostra la presenza di liquido fibrino-purulento, denso, misto a tracce di sangue. A stento se ne riesce ad estrarre una piccola quantità.

Intervento chirurgico (prof. Solieri). — Artrotomia con incisione lineare sul fornice laterale esterno, svuotamento di liquido purulento denso e di larghe membrane fibrinose, toeletta della cavità, installazione di una fiala di argento colloidale (Lab. Clin.) indi sutura a strati della ferita chirurgica senza lasciare drenaggio. Si applica una doccia metallica che, in quinta giornata, dopo l'asportazione dei punti, viene sostituita da un grande apparecchio gessato.

Decorso post-operatorio. — Condizioni generali migliorate. Il paziente ha avuto reazione febbrile sensibile i primi 3 giorni dall'intervento, poscia la temperatura è ritornata normale; scomparsa graduale del dolore. Alla rinnovazione del gesso (in ventesima giornata) l'articolazione appare completamente asciutta, indolente alla palpazione ed ai movimenti attivi e passivi dell'arto.

Il paziente lascia l'Istituto dopo 55 giorni di degenza completamente guarito; il risultato anatomico e funzionale dopo 4 mesi dall'intervento permane ottimo.

Il caso descritto rappresenta un esito assai felice di un processo flogistico articolare acuto di trattamento assai difficile in rapporto alla conservazione della funzionalità.

L'uso dell'argento colloidale era stato prima da noi applicato solo nelle forme infiammatorie croniche.

Anche il trattamento è stato modificato. All'aspirazione del contenuto articolare, che nell'osservazione presente non sarebbe stata possibile per la densità stessa del liquido e per la presenza delle membrane, si è sostituita l'artrotomia.

Il decorso post-operatorio rileva sì una sensibile ma transitoria reazione febbrile, ma s'ebbe scomparsa della dolorabilità locale e perfetta tolleranza del medicamento.

Certamente verrà fatto di chiedere quali siano le modificazioni che l'argento colloidale apporta sulle sierose e quale sia il meccanismo per cui esplica nelle flogosi di esse azione curativa, cioè se tale sostanza, oltre all'azione antisettica e bactericida generale già largamente dimostrata nel trattamento dei processi infettivi, abbia anche azione reattiva e benefica locale e generale.

A tal uopo, nei gabinetti scientifici annessi all'Ospedale, si stanno facendo ricerche sperimentali tendenti a dimostrare il comportamento dei collodi di Ag. in contatto delle singole sierose.

---

(1) Comunicazione alla IV Seduta della Società Medico Chirurgica della Romagna in Lugo.

Il termocauterio nella cura della linfadenite tubercolare

per il dott. RENATO LAMBRI.

Chi ha pratica di adenite tbc., e si trova per giunta a dover curare a domicilio o ambulatoriamente detta infermità, sa come ciò costituisca un lavoro difficile ed ingrato per la durata della malattia, per la possibilità di complicanze operatorie, e per la poca docilità nel sottoporsi ai precetti del medico che di solito tengono gli ammalati per la sfiducia che infonde ogni malattia ad andamento cronico.

Quando le ghiandole sono mobili, non caseose nè suppurate, bastano di solito le cure generali, meglio se sussidiate da una ben condotta foto- e Roengenterapia, o pure basta la enucleazione asettica. Ma se le ghiandole sono già in degenerazione caseosa, e di più non isolate ma multiple e coinvolte nel processo degenerativo, allora per chi vuol seguire i metodi confermati dall'uso, non c'è altra via che l'incisione e lo scucchiaiamento, cura chirurgica questa che presenta notevoli difficoltà e pericoli, difficoltà e pericoli ancora più gravi in determinate regioni, per le possibili lesioni di organi vitali vicini, come può succedere per es. nelle tanto frequenti linfoadeniti tbc. cervicali. Già è noto del resto come ogni forma tbc., solo perchè tale, sia un «noli me tangere»: il processo tubercolare non va di regola aggredito di fronte, ma, se mai, prudentemente dai lati, ed il pericolo di una disseminazione bacillare è argomento sufficientemente forte per ricordarci tale precetto.

È bensì vero che ci sono poi dei casi in cui se è tardi per l'enucleazione asettica, non per ciò c'è indicazione assoluta per l'incisione con raschiamento, ed è qui che troverebbero indicazione le iniezioni curative in loco: ma io non posso dire con quanta efficacia, mentre costituiscono un metodo indaginoso, di esito incerto, lento negli effetti e raramente capace di condurre a guarigione definitiva.

***

E sono state queste considerazioni quelle che mi persuasero esser prezzo dell'opera il portare il mio modesto contributo in questo campo della terapia, rendendo di pubblica ragione un caso di adenite tbc. cervicale, da me curato col termocauterio, unico mezzo terapeutico di cui mi valsi e che mi fece ottenere una guarigione tanto rapida quanto definitiva, senza darmi, durante il suo uso, alcuna preoccupazione per pericoli a questo inerenti. Per onor del vero devo dire che, scartati i metodi classici, mi decisi per il termocauterio, riflettendo che con questo: 1) non c'è pericolo di miliare, perchè la punta, incidendo, sterilizza; 2) non c'è l'inconveniente dell'emorragia, perchè la punta dove passa lascia un'escara sufficiente a trombizzare i piccoli vasi lesi. Ma si vedrà invece in seguito come altri insperati vantaggi mi fossero serbati dall'uso di questo apparecchio.

***

OSSERVAZIONE CLINICA. — T. P., di anni 30, coniugato, di Motta Baluffi, contadino. Data dell'esame: 10 maggio 1923.

Anamnesi. — Nulla di notevole nel gentilizio. Ebbe allattamento mercenario da nutrice morta poco tempo dopo, pare, per tubercolosi polmonare. Non soffrì le malattie della prima età. Ammalò la prima volta quattro anni fa, essendo militare, di linfadenite bacillare cervicale sin., malattia che durò a lungo e richiese, prima di arrivare a guarigione, ripetuti interventi chirurgici. Nella primavera del 1922 soffrì di ascesso ghiandolare freddo alla regione sopraioidea, che, fistolizzatosi, fu poi condotto da me a guarigione mediante trattamento col termocauterio. Tre mesi or sono circa, poi, il P. notò alla regione sopraclavicolare destra, il formarsi sotto cute di piccoli nodetti, duri, multipli, isolati, ma con tendenza ad aumentare gradatamente di volume e a contrarre aderenza l'uno coll'altro e coi comuni tegumenti. L'ammalato, fatto accorto dall'esperienza, si sottopose subito ad una intensa cura iodica per os e per cute, ma ciò non impedì che il male assumesse in seguito la gravità presente.

Status praesens. — Soggetto di alta statura, di scheletro regolare, longitipo, scarsamente fornito di pannicolo adiposo, con sistema muscolare valido e ben sviluppato. Presenta una lunga cicatrice alla regione sopraclavicolare sinistra, ed altra cicatrice meno visibile alla regione sopraioidea. Ha mucose normali. Alla regione sopraclavicolare destra si nota un conglobato (del volume di oltre un pugno di bambino) di numerose ghiandole linfatiche, talune pastose (le più grosse) e talune dure (le più piccole) conglobato ghiandolare avente i caratteri di una poliadenite regionale tbc., parzialmente caseificata con tendenza alla fusione. Il tutto è aderente alla cute, e dà al P. l'atteggiamento caratteristico del «caput obstipum» con contrattura rivolta a sinistra. La palpazione rivela una dolorabilità piuttosto scarsa. Nelle altre regioni le linfoghiandole sono dovunque palpabili, denotando una comune sofferenza di tutto il sistema. L'esame invece degli altri apparati ed organi nulla rilevò di particolarmente notevole, ad eccezione forse di un certo ingrandimento della regione degli ili polmonari rivelato dalla percussione, ma cui purtroppo non si potè sottoporre al controllo dell'esame radiologico.

Il malato, pressato dal lavoro in corso nella campagna e dal bisogno di guadagnare, invocava una cura sollecita, ed io decisi di iniziare senz'altro la cura chirurgica, valendomi, fino da questa prima seduta del termocauterio.

Praticai così colla punta piatta a calore

rosso, una incisione interessante tutto il focolaio per il lungo in direzione dall'alto in basso e dall'indietro in avanti, incidendo tessuto cutaneo e sottocutaneo fino ad arrivare subito sopra al tessuto ghiandolare; dopo di che, drenata la ferita e convenientemente medicato l'infermo, che aveva sopportato senza segni di straordinaria sofferenza l'intervento, lo dimisi per farlo tornare di lì a tre giorni. Nella seconda seduta, come tolsi la medicazione, che già a prima vista appàriva eccessivamente inzuppata di secreto marcioso, trovai le labbra della ferita ampiamente divaricate, e questa secernente in gran copia liquido puriforme, *mentre dal suo fondo, ben staccate dai tessuti circostanti, facevano capolino due lisinfoghiandole caseificate della grossezza di una nocciola ciascuna e che io potei allontanare facilmente sollevandole coll'estremità larga di una sonda comune.*

Dopo una sommaria e superficiale toeletta della ferita, feci una seconda applicazione col termocauterio, qua- tenendo la punta un poco sollevata dal fondo della ferita, così da utilizzare solo il calore raggiante, e là invece infiggendola per breve tratto, specialmente ove intravvedevo altre ghiandole già preda del processo tubercolare, e quindi, come la volta precedente, applicato il bendaggio, dimisi il P., per rivederlo dopo un altro intervallo di tre giorni. Nella terza e nella quarta seduta, fatta anche questa ogni 3 giorni, e i particolari delle quali non sto per brevità a descrivere ripetendo quasi in tutto quelli delle precedenti, ebbi nelle medesime condizioni di fatto l'eliminazione di altre tre linfoghiandole malate — le ultime — di cui una grossa come una piccola noce, mentre, cosa mirabile, si andavano già detergendo qua e là dal fondo della ferita, sotto l'abbondante secrezione purisimile tuttora in atto, delle granulazioni carnose sane e valide che gradualmente invadevano tutto il fondo e i margini della piaga, a mano a mano che questa si andava sbarazzando delle linfoghiandole preda del processo tbc.

E fu così che dopo neanche una ventina di giorni tutta la regione era completamente priva di ogni traccia di tessuto ghiandolare, mentre in altrettanto tempo — avuto ragione di alcuni brevi seni fistolosi stabilitisi sotto cute in alcuni punti dei margini della ferita — la lesione non era più altro che una piaga, sana, ben granuleggiante, *che guariva perfettamente dopo neppure due mesi dall'iniziata cura* nella prima quindicina del luglio stesso anno; tempo certamente non lungo, se, oltre il decorso solitamente molto protratto della malattia in oggetto, si considera pure:

1) che il P. era in condizioni piuttosto deperite a cagione dei precedenti attacchi di adenite tbc.;

2) che lo stesso durante tutto il periodo di cura non trascurò per nulla le proprie occupazioni.

Nell'autunno mandai il mio cliente ad un periodo di cura balneare a Salsomaggiore, e a tutt'oggi sta benissimo, mentre se, come è augurabile, non abbandonerà ora più con soverchia leggerezza le cure generali ed il tenore di vita richiesti dalla sua tara, spero che il poveretto non tornerà a me a sperimentare una altra serie di applicazioni di Paquelin per altri focolai di tubercolosi ghiandolare.

***

E questo è il caso clinico che mi è piaciuto far noto e sottoporre alla critica di altri medici, caso clinico in cui un metodo di cura facile, alla portata di tutti ed essenzialmente innocuo, nè che mi risulta per ciò sia stato prima di me sfruttato da altri, ha dato dei risultati veramente brillanti e certamente conseguibili con esso in ogni altro caso di linfoadenite tbc. caseosa.

Per quale meccanismo la punta del termocauterio applicato su un focolaio di linfoghiandole affette da tubercolosi operi con tanta prontezza e precisione d'azione elettiva, io credo ciò sia semplicemente dovuto ad un fenomeno di necrosi portata dal calore raggiante sui vasi e sui tessuti connettivi con cui la linfoghiandola è in relazione, di modo che questa si troverebbe in secondo tempo isolata e staccata come un corpo estraneo, del quale tende poi a seguire le sorti; a ciò concorrendo la minore resistenza che agli agenti fisico-chimici oppone ogni formazione patologica. Nel contempo poi l'iperemia attiva portata dallo stesso calore ai tessuti sani circostanti darebbe a questi una maggiore attività riparatrice e cicatrizzante svelata dalla rapida comparsa di efficaci granulazioni.

Ad ogni modo quale sia il meccanismo con cui il termocauterio può operare e guarire in questi casi con un processo così favorevole, a me poco interessa spiegare: sono medico pratico e solo sarei lieto di avere offerto colla presente nota ad altri medici pratici un mezzo di più di cui giovarsi nel diuturno cimento di dover fare molto e da soli nella cura di ogni più svariata infermità.

BIBLIOGRAFIA.

WULLSTEIN e WILMS. Trattato di chirurgia.
LUIGI ASCHOFF. Anatomia patologica.
TESTUT e GIACOB. Anatomia topografica.

S. Daniele Ripa Po, marzo 1924.

Un caso di ascesso periamigdalico seguito da polineurite trattato con la sieroterapia.

Dott. ALDO VENUTI.

CASO I. — T. Bruno, d'anni 8, da Faedis. Genitori sani; bambino precedentemente sano; allattamento materno.

Soffrì pertosse a quattro anni, e nello scorso inverno ebbe il morbillo, seguito da una leggera bronchite.

Il 10 aprile u. p. la madre mi chiamò a visitare il suo Bruno per «male in gola».

Il bambino degente a letto, cambia spesso posizione, è irrequieto, ha l'aspetto sofferen-

te, trisma, respiro dispnoico (126 al minuto); non è però russante, nè del caratteristico rumore di sega.

Noto: senso di tensione e di durezza in toto alla regione sottomandibolare sinistra, senza limitazione di gangli ingrossati, regione questa molto dolente alla minima pressione, difficoltà dei movimenti del collo, tantochè il bambino per evitare riacerbazioni dolorose tiene nei movimenti il collo rigido sul torace. — Disfagia assoluta anche dei liquidi; e vi noto uno scolo quasi continuo della saliva dagli angoli della bocca.

Temperatura 39.8.

Fig. 1

È diffcile esaminare la gola; si riesce però a rilevare la regione periamigdalica di sinistra arrossata grandemente e tumefatta.

Faccio diagnosi di ascesso; ascesso che all'ispezione digitale rilevo fluttuante, tantochè durante queste manovre la raccolta si spacca e ne fuoriesce abbondante quantità di pus denso icoroso.

Quasi immediatamente le sofferenze del piccolo paziente, sono alleviate. Il respiro è più libero, l'aspetto generale rasserenato, ed in breve il bambino può deglutire sostanze liquide.

La febbre andò man mano regredendo tanto che verso sera aveva appena 37.6 ed il mattino seguente 36.8. Il bambino si ciba di pappe sempre più dense, ed alla terza giornata ritorna al regime di vita normale, lascia il letto, e riprende allegro i suoi giuochi.

Senonchè circa un mese più tardi, la madre mi raccontava che il piccolo Bruno non poteva riacquistare le forze, era piuttosto cascante, e deperito, gli notava la voce rauca o meglio abbassata, e mi pregava perciò d'indicarle qualche ricostituente.

Il giorno 24 dello stesso mese peggiorando il bambino fui chiamato a visitarlo. Mi sorprese subito la spiccata atassia del bambino, l'andatura incerta cascante, il capo oscillante, e ripiegato in avanti. Esamino i riflessi e trovo aboliti i patellari, e pure scomparsi i pupillari. La voce è afona marcatamente nasale, tosse ululante specialmente ad ogni tentativo di deglutizione; rigurgito dei liquidi dal naso. Durante la fonazione il palato molle è quasi immobile.

Paresi dei nuclei della nuca e are flessiatendinea (fig. 1).

Consigliai cura interna stricnina, senza risultato.

Impressionato dalle miserande condizioni del p. che peggiorava giornalmente ricorsi all'illuminato e prodigo consiglio del prof. Berghinz.

Dall'anamnesi e per esclusione non si potè fare che diagnosi di polineurite post-difterica.

È bene però far subito notare la singolarità (almeno così credo) del caso; e, che nella famiglia del paziente non si notarono mai casi di difterite fra i numerosi fratelli e cugini di minore e maggiore età del Bruno, come pure nella borgata dove abita il paziente, da vario tempo non furono avvertiti simili casi.

Intrapresi subito la cura intensiva di siero antidifterico, suggeritomi dal prof. Berghinz coll'ordine seguente:

26 maggio, sera: Temperatura 36,5 assenza di albumina dalle orine. iniezioni di 4000 U. I. Siero Walcomme;

27 maggio, ore 9: Temperatura 36,7 iniezione di 4000 U. I. W. sera temperatura 36,8 iniez. 4000 U. I. W.

28 maggio: Esame delle orine. Albumina assente, temperatura 36,5 iniez. 4000. U. I. W., alla sera 5000 U. I. W.; dal pomeriggio in poi non si notò rigurgito dal naso nell'assunzione dei liquidi, la tosse diminuita e meno stizzosa.

Persiste l'assenza dei riflessi patellari e pupillari.

29 maggio: Temperatura 37,5. Da tre giorni il paziente ha l'alveo chiuso, gli prescrivo un leggero purgante, iniez. 4000 U. I. W. alla sera 5000 U. I. W.; temperatura 36,5 la voce leggermente rischiarata.

30 maggio, mattina: Temperatura 36,8 iniez. 5000 U. I. W. Sera temperatura 36,9 iniez. 5000 U. I. W. Esantema ed arrossamento locale nel punto dell'iniezione praticata al mattino.

31 maggio: Traccie di albumina nelle orine. I riflessi pupillari presenti, persiste però l'assenza di quelli patellari. Alle ore 16 altre 5000 U. I. W. Apiretico. Il bambino tiene facilmente sollevata la testa.

1° giugno, mattino: Temperatura 36,4 iniez.

5000 U. I. (I. S. Milanese) alla sera 5000 U. I. Istituto Sier. Terap. Milanese. Serata temp. 36,8 nella posizione eretta il bambino non tiene più divaricate le gambe, l'are flessia non è così spiccata ed il bambino cammina liberamente senza la caratteristica andatura atassica (fig. 2).

2 giugno, mattina: Temperatura 36,4 iniez. 5000 U. I. Berna. Sera temperatura 37,5, polso 108. Il bambino soffrì nella giornata dei dolori all'addome ed ebbe vomito. Gli prescrivo altro blando purgante.

Fig. 2.

3 giugno, mattina: Temperatura 36,4 iniez. 5000 U. I. Berna. Sera temperatura 36,6 albumina assente dalle orine.

4 giugno: Temperatura 36,6 iniez. 5000 U. I. La deambulazione completa franca, libera, la testa ritta sul tronco; libera pure la deglutizione, la voce appena leggermente nasale, non ha più tosse.

6 giugno: Apiretico, il bambino va sempre più migliorando, cammina per la stanza senza stancarsi, persiste però ancora l'assenza dei riflessi patellari.

Prescrivo: 10 goccie di tintura noce vomica al giorno da prendersi in 2 volte. Otto giorni più tardi i riflessi patellari reagiscono; il bambino rimessosi completamente abbandona ogni cura e riprende la sue abitudini. (fig. 3).

Riassumendo:

In 10 giorni furono iniettate al piccolo paziente 70 mila Unità 1. di Siero, senza notare fenomeni anafilattici, nè alcuna minaccia di spiacevoli incidenti, non solo, ma il miglioramento rapido e progressivo fino dalle prime iniezioni mentre antecedentemente alla cura la sindrome andava sempre più accentuandosi.

Fig. 3.

CASO II. — Questa seconda forma ho potuto seguire passo passo nel reparto pediatrico dell'Ospedale Civile di Udine, grazie la gentilezza del primario prof. Berghinz.

Piccini Otellia di anni due e mezzo da Reana, entra in reparto il 30 giugno 1924. Genitori sani. Latte materno. Ha avuto morbillo e pertosse, è sempre stata bene.

Negli ultimi giorni di maggio, circa un mese fa, s'ammalò di difterite delle fauci. Fu curata con 4000 U. I. Sierot. Milano e dichiarata guarita.

Rimase però, deperimento generale, con spiccata progressiva debolezza degli arti in-

feriori, diplopia, strabismo dell'occhio sinistro, voce nasale, capo cadente, fuoriuscita dei liquidi dal naso, bocca storta.

30 giugno: Aspetto di sofferenza, magrezza notevole, respiro stertoroso con accumulo di catarro al faringe.

L'occhio sinistro strabizza allo interno per paralisi del VI sinistro; il destro all'interno consensualmente (non paralisi).

Fig. 4.

Pupilla sinistra più ampia — ampiezza media — reazione normale alla luce, diplopia non costante.

L'angolo boccale destro è più basso e più acuto del sinistro, la metà inferiore della faccia destra poco mobile. La saliva scola dall'angolo destro della rima orale (paralisi del VII infer. destro).

La lingua viene sporta deviata nettamente e costantemente a destra (paralisi XII sinistro).

Il velopendulo è immoto, cascante, con ugola rilassata, rimane immotto quale un velario nella deglutizione, e il catarro che lo ricopre frigge in gola costantemente, provocando tosse nasale. La voce è nasale ed i liquidi fuoriescono dal naso (paralisi dell'XI).

La bambina non si regge, mentre prima era un folletto, e se riesce a reggersi lo fa a stento a gambe divaricate, e barcolla, ad occhi chiusi cade (fig. 4).

La forza è diminuita agli arti inferiori, il passo atassico, i riflessi patellari sono aboliti del tutto (atassia con abolizione del riflessi patellari) sensibilità normale — non dolenzie lungo i nervi — orine normali, Schick negativo. Esame batteriologico: bacilli Loffler presenti scarsi lunghi.

Diagnosi: polineurite post-difterica.

Terapia:

30 giugno 1924: 1^a iniezione Siero A. D. Berna 5000; 1^o luglio 1924: 2^a iniezione Siero A. D. Berna 5000; 2 luglio 1924: 3^a iniezione Siero A. D. Berna 5000; 3 luglio 1924: 4^a iniezione Siero A. D. Berna 5000; 4 luglio 1924: 5^a iniezione Siero A. D. Berna 5000; 5 luglio 1924: 6^a iniezione Siero A. D. Berna 5000; 8 luglio 1924: 7^a iniezione Siero di Milano 5000. Totale numero 35000.

Temperatura un sol giorno il 3 luglio 37,5 del resto sempre apiretico.

3 luglio: 3^o giorno di degenza, dopo 15 mila U. I. la bambina si regge in piedi a gambe divaricate e trema tutta nello sforzo di reggersi e di camminare. Cammina correndo.

4 luglio: Si alza da sè e cammina, non fuoriescono più i cibi liquidi dal naso.

8 luglio: Cammina; i fenomeni paralitici sono tutti attenuati. Persiste lo strabismo.

Nessuna reazione serica; orine normali.

20 luglio: Sta benissimo, non si licenzia per possibilità di eruzione di siero.

Dai casi suesposti si possono ritrarre due considerazioni, una d'ordine etiologico, la seconda d'ordine terapeutico.

Etiologicamente si deve avere presente che anche in un comune ascesso tonsillare o periamigdalico può mascherarsi una forma difterica che passa misconosciuta (Berghinz) e che solo i fenomeni tardivi di paralisi postdifterica richiama l'attenzione del pratico privo di mezzi di laboratorio (1^o Caso). Per il secondo caso, che le paralisi post-difteriche seguono in modo speciale le forme difteriche leggere e leggermente curate.

Altra considerazione; che dal lato curativo cioè nei casi di polineurite post difterica gravi (e questo, rilevasi dalle forme suesposte non fosse altro per la progressività dei fenomeni) ed anche tardivi, la sieroterapia giova mirabilmente, e per quanto intensiva non produce spiacevoli inconvenienti ed ha importanza specifica ed assoluta.

Faedis (Udine).

Nell'articolo del dott. A. Sebastiani sul *Trattamento del diabete con l'insulina*, pubblicato nel fascicolo 43, la diaria posta alle pag. 1395 e 1396 si riferisce al Caso I e nella lettura va inserita tra la fine della prima colonna e il principio della seconda colonna della pag. 1397.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

L'immunizzazione con gli edovaccini.

(W. FORNET. *American medicine*, luglio 1924).

È fuori di dubbio che molti medicamenti agiscono più prontamente se iniettati sotto cute o nelle vene anzichè somministrati per via orale. Ciò non si verifica necessariamente per le preparazioni microbiologiche. Di fatto l'iniezione di tali preparati è seguita da infiammazione e quindi da richiamo di leucociti, che possono distruggere almeno una parte della preparazione iniettata. D'altro lato, non vi è ragione per cui si possa escludere l'attività di tali preparazioni, se prese per bocca; l'immunità antitifica, per esempio, che si verifica in seguito ad una tifoide, è la conseguenza dell'ingestione dei bacilli del tifo che, presi così per bocca, provocano dapprima la malattia e poi l'immunità. Hida e Toyoda dimostrarono sperimentalmente che il vibrione colerico ed i bacilli della dissenteria e del tifo non perdono nessuna delle loro proprietà immunizzanti con la digestione gastrica; Chosa osservò che i bacilli del tifo, digeriti pepticamente per sei ore sono sempre capaci di produrre anticorpi specifici. Si devono qui menzionare i risultati ottenuti da Ferran fin dal 1885 sul riassorbimento degli antigeni microbici, per cui tale autore consigliava di immunizzare un'intera popolazione con vibrioni colerici attenuati, introducendoli nelle condotte d'acqua di ogni città o villaggio. Più recentemente, K. Wolff ottenne buoni risultati di immunizzazione del topo bianco contro la dissenteria introducendo per bocca i relativi bacilli. Ad analoghi risultati giunsero Repetto per la rabbia, Fornario per la peste, Breton e Petit per la difterite, Brueckner per il paratifo. Anche più conclusivi sono gli esperimenti di Calmette, che potè immunizzare contro la tubercolosi dei giovani vitelli con una sola dose di bacilli per via orale, mentre la via sottocutanea si era mostrata inefficace.

Nell'uomo, il metodo venne provato sistematicamente da Shiga in occasione di un'epidemia di dissenteria sviluppatasi in un manicomio. Tutte queste osservazioni provano la possibilità di vaccinare per via orale ed è certo strano che un metodo così semplice ed inoffensivo non sia stato tentato prima; forse ciò si deve ad alcuni insuccessi dei primi sperimentatori.

L'OPERA DI BESREDKA.

È merito di Besredka di avere bene definito le condizioni che si debbono combinare per ottenere dei buoni risultati con la vaccinazione per via orale. L'effetto del trattamento dipende dalla quantità di antigene riassorbito dall'intestino, mentre d'altra parte questo riassorbimento varia secondo le diverse specie microbiche. Così i bacilli dissenterici sono riassorbiti rapidamente, per il fatto che essi producono una tossina che provoca nella mucosa intestinale un'irritazione, la quale può andare da una semplice iperemia alla necrosi. Al contrario, i bacilli del tifo, che non producono tale tossina, non vengono riassorbiti e, di conseguenza, la semplice ingestione non può dare l'immunità. Occorre dunque somministrarli con una sostanza capace di produrre l'irritazione; Besredka trovò che la bile possiede tale proprietà e dimostrò che i bacilli del tifo, uniti con la bile, costituiscono un vaccino efficace.

Il metodo è stato provato in diverse epidemie. Vaillant e Vitour han pubblicato buoni risultati per un'epidemia tifosa al Pas de Calais; sopra 2.000 abitanti, 1.236 vennero vaccinati col metodo di Besredka. 173 con l'iniezione sottocute di T.A.B., mentre 600-650 non ricevettero alcun vaccino. Fra questi ultimi, si ebbero 21 casi di tifoide, mentre non se ne ebbe nessuno fra gli altri (esclusi naturalmente i casi in cui la malattia si sviluppò prima del termine del periodo di incubazione di tre settimane). In un collegio militare, dopo che ci erano avuti 43 casi, tutti gli allievi vennero vaccinati, 268 per via orale e 253 per via sottocutanea; durante il periodo di incubazione, si ebbero 15 nuovi casi, di cui 2/3 fra i vaccinati sottocute, poi non si ebbero più altri casi. Analoghi risultati si ottennero in altre occasioni e non solo per il tifo, ma anche per la dissenteria e per la febbre melintense.

IL MECCANISMO DEL PROCESSO.

Mentre l'efficacia del metodo sembra bene stabilita, il meccanismo del processo è tuttora oggetto di discussione. Besredka ed i suoi collaboratori ritengono che l'immunità ottenuta sia soltanto locale, poichè spesso il siero non contiene sostanze agglutinanti. Tale assenza però non è affatto costante, mentre poi è dimostrato che a traverso la parete intestinale possono passare non solo gli antigeni, ma anche gli anticorpi e delle sostanze solide. Calmette ha dimostrato la presenza dei ba-

cilli tubercolari introdotti per bocca nelle ghiandole linfatiche dei giovani vitelli; Fornario trovò costantemente sostanze fissatrici del complemento nel siero di animali alimentati con bacilli della peste; Cantacuzène e Riegler osservarono che i bacilli della morva passano a traverso la parete intestinale nel sangue. Sembra quindi improbabile che i bacilli, introdotti per bocca, debbano essere trattenuti dalla parete intestinale; questa non deve essere considerata come una barriera ma anche come un organo assorbente della massima importanza. La vaccinazione interna non deve condurre ad un'immunizzazione locale, ma anche a quella di tutto l'organismo.

Gli antigeni batterici obbediscono così ad una legge biologica generale, secondo cui ogni parassita passa nella circolazione generale prima di esercitare un'influenza notevole sulla salute dell'individuo. Così noi sappiamo che il bacillo del tifo non provoca la malattia impiantandosi semplicemente nell'ileo, ma passando a traverso la circolazione generale. Lo stesso avviene per il bacillo tubercolare, che non può produrre le ulcerazioni col semplice contatto con la mucosa intestinale, ma solo dopo che è passato a traverso i vasi linfatici e sanguigni. Fatti analoghi esistono per le larve di ascaridi, che, dall'intestino passano nel fegato e poi, perforando gli alveoli polmonari, vanno nella trachea, donde per l'esofago arrivano nuovamente nell'intestino, dove compiono la loro evoluzione. Lo scambio continuo fra il contenuto intestinale e l'organismo è più complicato di quanto non sembri a prima vista e si comprende quindi che l'antigene batterico ingoiato possa prendere parte attiva nel metabolismo dell'individuo. Analogamente, il vaccino microbico. introdotto per gocca, può sviluppare un'immunità più efficace che non iniettato sottocute, dove certamente una parte viene distrutta dai leucociti.

***

L'A., partendo dai principî di Besredka, ha tentato i metodi di vaccinazione per via orale nella tubercolosi e nella gonorrea. Per la tubercolosi, è necessario dapprima sgrassare i bacilli mediante vapori di etere, altrimenti essi non sarebbero attaccati dai succhi digerenti. In tal modo vengono pure trattati i gonococchi, allo scopo di sterilizzarli.

Con questi « edovaccini », che si somministrano in pillole, si ottiene, qualche giorno dopo la loro somministrazione, un potere agglutinante del siero, che per il gonococco arriva a 1 : 300 e per il bacillo tubercolare a 1 : 800. Mentre poi, per l'individuo normale la somministrazione di tali vaccini non provoca alcun disturbo, nell'individuo affetto dalla rispettiva malattia provoca fenomeni diversi. Nel tubercoloso, l'edovaccino tubercolare determina, dopo quattro ore, una forte reazione locale, cefalea, febbre elevata e sudori, quindi effetti analoghi alla iniezione di tubercolina. Sicchè bisogna andar molto cauti nelle dosi.

In seguito poi, con la somministrazione razionale e prolungata, le ghiandole diventano più piccole, i sintomi polmonari meno marcati, diminuiscono i sudori notturni, la febbre e lo stato generale migliora di molto.

Fatti simili si osservano per la gonorrea. L'edovaccino è del tutto innocuo nel sano, mentre nel gonorroico la mezza dose determina dolore ed infiammazione locale, febbre e cefalea. L'uno e l'altro possono quindi usarsi a scopo diagnostico, per scoprire una gonorrea od una tubercolosi latente. L'effetto terapeutico nella gonorrea, poi, è ancor più marcato. I dolori della periuretrite, prostatite e cistite diminuiscono o scompaiono entro poche ore; la secrezione, dopo una esarcerbazione transitoria, diminuisce e cessa; il decorso della malattia ne viene così notevolmente abbreviato.

L'A. ha fatto analoghe esperienze con altri germi patogeni ed ha osservato sempre effetti simili. Si deve ritenere che la vaccinazione per via orale produce non solo l'immunità locale dell'intestino, ma anche una immunità generale di notevole efficacia.

FILIPPINI.

CHIRURGIA.

L'embolie delle arterie mesenteriche.

(LÉVY-WEISSMANN. *Gazette des Hôp.*, n. 68, 23 agosto 1924).

Queste embolie fanno parte del vasto campo dell'infarto intestinale, e si differenziano dalla trombosi arteriosa e venosa delle mesenteriche. Esse costituiscono i 4/5 di tutte le obliterazioni intestinali; e tra le due forme, l'embolia della mesenterica inferiore è estremamente più rara rispetto a quella superiore. Tuttavia ogni statistica in proposito non si può avvicinare alla verità, perchè numerosi casi d'infarto intestinale non sono riconosciuti in pratica, ma alla necroscopia.

Le embolie mesenteriche si possono osservare ad ogni età, contrariamente alle trombosi, che sono proprie dell'età avanzata.

L'etiologia di esse va ricercata sopratutto in casi di cardiopatie: una endocardite reumatica, ma specie una stenosi mitralica può essere il punto di partenza dell'embolo. Alcuni AA. ammettono anche le endocarditi subacute, dovute a leggieri processi infettivi, quale la coriza, un'angina, una infezione intestinale banale.

Le lesioni dell'aorta, situate lungo tutto il decorso di quest'arteria, possono provocare degli emboli che si soffermano nelle arterie mesenteriche.

Anatomo-patologicamente si osservano le medesime alterazioni che in un'ernia strozzata. Nel peritoneo si riscontra un liquido rossastro, talora del tutto ematico; raramente i segni d'una peritonite acuta, con essudati fibrinosi, false membrane, o pus.

L'intestino soggetto all'infarto si presenta tumefatto, gonfio, di colore rossastro, talora violaceo, con una netta demarcazione della zona embolizzata, sulla sana. Alla palpazione, come al taglio, la parete si presenta realmente tumefatta, con un contenuto nel tubo intestinale di liquido siero-ematico o nettamente ematico. La mucosa è anch'essa tumefatta, con zone erose, talora con vere ulcerazioni.

Queste alterazioni sono proprie dell'infarto emorragico; ma esiste anche l'infarto bianco anemico, la cui stessa denominazione ne indica i caratteri differenziali.

Tanto l'una, quanto l'altra forma di infarto può avere una diffusione variabile: da pochi cm. (10 o 15) si può arrivare fino a 2 metri (Oswald), a 4 metri (Stilliti), e può embolizzarsi tutto il tenue, il cieco e il colon ascendente e trasverso. Se la lesione risiede sul colon discendente o sull'S iliaca, allora è embolizzata la mesenterica inferiore.

Anche il mesentere si mostra alterato per l'infarto intestinale: la lesione assume una forma a triangolo, con la base che si estende su tutto l'intestino alterato, e con l'apice situato più o meno in alto. Anche qui si nota una tumefazione con un'infiltrazione edematosa. Aprendo i due foglietti mesenteriali, e seguendo i vasi in alto, si può trovare il punto ove s'è fermato l'embolo, e la lunghezza del vaso obliterato, che può essere di 1-4 cm.

È ovvio che accanto all'embolia mesenterica è facile trovare embolie di altri vasi, in altri organi: embolie femorali, cerebrali, spleniche, renali, ecc.

In rapporto alla *patogenesi* si domanda: come è possibile potersi avere un infarto in un territorio arterioso a tipo anastomotico? In effetti la mesenterica superiore si anastomizza con le arterie prossimiori, col tronco celiaco, con le arterie duodeno-pancreatiche; la mesenterica inferiore con l'arcata di Riolano, con quella superiore e con le emorroidali.

Ma fisiologicamente la mesenterica superiore si comporta come un'arteria terminale, perchè esperienze hanno dimostrato che obliterando quest'arteria, non si ristabilisce il circolo collaterale, ma si ha più o meno presto la morte dell'animale. Non così invece per la mesenterica inferiore, la quale permette la vita dell'organo irrorato. Ciò spiega anche perchè le embolie di quest'arteria siano più rare a manifestarsi.

Sembrerebbe che gli infarti bianchi anemici dovessero essere i più frequenti; invece sono più rari; e più frequenti sono gli infarti emorragici. In un primo momento infatti si ha ischemia del territorio leso; ad esso segue quello emorragico già descritto. S'è voluto spiegare questo fatto per la perduta elasticità delle vene dopo l'infarto, le quali, private della *vis a tergo*, produrrebbero una stasi e conseguente rottura dei capillari. Comunque resta sempre poco chiaro perchè talora si abbia l'infarto emorragico, e talora quello anemico.

La *sintomatologia* dei casi tipici poggia su due fasi: il periodo della diarrea siero-emorragica e quello dell'occlusione.

L'inizio è brusco: il paziente avverte un dolore atroce, come un colpo di pugnale, analogo a quello d'un'appendicite violenta. Questo dolore è in genere sotto- e peri- ombellicale; ma può aversi anche all'ipocondrio destro o alla fossa iliaca destra; si diffonde poscia a tutto l'addome. Il dolore è seguito da vomito, e poscia da un fenomeno importante: la diarrea sierosa, abbondante, fetida. Quelle che impongono la diagnosi dell'affezione, sono le emorragie intestinali, le quali raramente si manifestano come ematemesi, più spesso con le feci; non sono immediate, ma seguono la diarrea dopo qualche ora. Onde la triade sintomatica dell'infarto intestinale consiste in: dolore brusco e violento, diarrea sierosa, emorragia intestinale.

I sintomi subbiettivi generali e gli obbiettivi danno poche indicazioni.

A questi sintomi si aggiungono infine quelli, dell'occlusione intestinale: vomiti, talora fecaloidi, meteorismo addominale, stipsi. In certi casi il peritoneo può essere compreso nell'alterazione; ma allora si è avverata la gangrena e la perforazione dell'ansa intestinale.

In talune forme però questo complesso sin-

tomatologico può mancare, ed allora la diagnosi è più difficile.

Nell'embolia della mesenterica inferiore i sintomi sono identici; però il dolore è situato a sinistra, si ha tenesmo rettale e prurito anale.

L'affezione quando è allo stato acuto evolve rapidamente in 4-5 giorni verso la morte; nei casi subacuti può aversi la guarigione lentamente.

La *diagnosi* di embolia mesenterica è molto difficile, perchè se non vi sono precedenti, nè si hanno i sintomi notati molto evidenti, quest'alterazione si può confondere con molte altre affezioni: appendicite perforata, colecistite acuta, pancreatite emorragica (Nimier).

Si distingue dall'invaginazione per l'età, e perchè questa non si accompagna a diarrea.

La diagnosi è quasi impossibile allo stadio di occlusione, perchè allora si penserà ad un cancro, uno strozzamento ecc.

È anche difficile distinguere se trattasi di embolia, arterite obliterante o trombo-flebite.

Per la prima sta l'inizio brusco, l'evoluzione rapida, abbondante emorragia; per le altre i sintomi sono meno intensi.

D'altronde se v'è in atto una endocardite o un'arterite si penserà all'embolo, se v'è arteriosclerosi o sifilide, si penserà piuttosto ad un'arterite obliterante.

Se si tratta d'un soggetto varicoso, d'un cirrotico, con o senza pileflebite, ci s'indirizzerà piuttosto per la trombo-flebite.

Il trattamento, quando si è in tempo, è chirurgico. Tra i metodi si preferisce l'enterectomia; ma il caso in atto indicherà la condotta dell'operatore.

CARUSI.

SIFILOGRAFIA.

Il bismuto nella sifilide, specie viscerale, e sua influenza sul rene.

(CONTERNO. *Minerva Medica*, 15 agosto 1924).

L'A., che trova l'occasione per spezzare una lancia a favore dei preparati italiani di bismuto, che ha usato nella sua pratica, si occupa principalmente dell'effetto di questo preparato nelle manifestazioni sifilitiche in rapporto alla medicina interna, e del suo effetto sui reni.

Ha usato in genere 2 cc. di bismuto italiano, a giorni alterni, per iniezioni endomuscolari.

Sulle manifestazioni cutanee e mucose ha notato la medesima rapida azione già messa in evidenza da altri, sebbene l'infiltrazione resista molto più a lungo.

La R. W. subito dopo il ciclo di cura è restata sempre positiva; ma, come è già stato osservato da altri, essa diventa negativa dopo qualche tempo, senza ulteriori cure.

Questo fatto bisogna forse metterlo in rapporto col lento assorbimento del Bi, il quale fu trovato presente nell'urina dal Citron dopo 25 giorni, da altri AA. dopo 50 giorni, ed anche piccole quantità dopo tre mesi.

Tra la dose terapeutica e tossica del Bi vi è una grande distanza; ciò però vale per le iniezioni endomuscolari e non endovenose. Comunque, anche una dose superiore alla normale, non dà spesso fenomeni d'intolleranza; però l'A. è d'opinione di non giungere a dosi eccessive, perchè vi è una certa indipendenza tra quantità ed effetto; ed i preparati italiani, a basso titolo bismutico, producono gli stessi buoni risultati di quelli stranieri, ad alto titolo.

D'altronde dalle esperienze di Felke il Bi non risulta che abbia azione spirocheticida diretta, ma in rapporto ai costituenti dei tessuti e degli organi interni (fegato, milza, rene, ecc.), onde si può pensare che la sua azione non sia legata esclusivamente alla quantità, ma ad un composto Bi+X, ove X rappresenta il componente fornito dai tessuti.

A parità di condizioni, la tolleranza del Bi è superiore a quella dei preparati insolubili, e può essere usato anche ambulatoriamente.

L'A. ha notato, come già precedentemente altri, che le iniezioni di Bi diminuiscono gli eritrociti e l'emoglobina, a favore dei leucociti. Tale formula non si modifica con la sospensione della cura.

I disturbi gastro-enterici sono minimi: qualche modica diarrea, facilmente domabile. Più frequente si presentò una elevazione febbrile, in rapporto con le iniezioni, che durava 24-36 ore, e giungeva fino a 40°. In un caso si dovette sospendere del tutto la cura. Il processo di guarigione non era però influenzato da questa temperatura, la quale cessava, col sospendere la cura.

L'A. non ha notati disturbi a carico del sistema nervoso (cefalea, insonnia) già osservati da altri; in un caso di cefalea persistente, vi erano lesioni renali evidenti, onde l'A. consiglia in simili evenienze di esaminare la funzionalità renale.

Sia che debba attribuirsi alla migliorata preparazione dei prodotti di Bi, sia anche per

le piccole dosi usate, l'A. non ha mai avuto la temuta stomatite nei suoi pazienti; ma le alterazioni gengivali si limitavano ad un semplice orletto grigio-azzurrognolo, il quale è tenace e persistente anche a lungo dopo la cura.

L'A. si è occupato di proposito dell'effetto del Bi sulla funzionalità renale: ha dato poca importanza alla presenza di albumina, perchè questa non costituisce una sofferenza renale ed inoltre perchè il Bi anzichè aggravare, talora ha diminuito la quantità di albumina nelle urine. Ha ricercato quindi di stabilire la funzione renale mercè la prova della diluizione e della concentrazione, le quali possono esattamente indicare le condizioni renali. Ha inoltre dosato contemporaneamente l'urea del sangue e dell'urina; e tutto ciò prima e dopo la cura.

In complesso non ha potuto notare alcuna alterazione a carico del rene da attribuirsi al Bi; in un caso solo, dopo la cura comparve una modica cilindruria, ed una notevole alterazione della funzionalità renale, con ipostenuria ed isostenuria. Tale disturbo si coordinava ad un aumento di urea nel sangue di gr. 1 p. mille dopo la cura e gr. 1,3 p. mille dopo 2 mesi.

Da questo caso l'A. trae argomento per mettere in guardia contro lesioni le quali non hanno manifestazioni appariscenti (albumina), ma che tuttavia sono di notevole importanza. Il disturbo renale sopra riferito non può essere messo in rapporto con la dose di Bi (gr. 2,6 in un mese) perchè essa è inferiore a quella da alcuni AA. consigliata.

La cura bismutica quindi non produce lesioni renali, nè è controindicata quando esista una lesione; in questo caso però bisogna vigilare la funzionalità, tenendo presente che una poliuria accentuata costituisce un segno di avvertimento.

Nei casi trattati dall'A. di forme viscerali, non ebbe a notare mai casi resistenti al Bi, come altri AA. riferiscono; la sospensione della cura può produrre una riacutizzazione.

Sopratutto negli ammalati a rene non sano, l'A., suole preferire la cura praticata secondo il consiglio di Felke: fare una serie di 4-5 iniezioni giornaliere, e poscia sospendere per una settimana. In un caso con glomerulonefrite, una cura effettuata in tal maniera, non aggravò per nulla le condizioni renali. Probabilmente questo fatto è dovuto all'azione tossica immediata esplicata dal Bi, mentre il successivo lento assorbimento ha il suo effetto terapeutico, senza irritare il rene.

CARUSI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

LEONARDO BIANCHI. *Trattato di Psichiatria.* Prezzo L. 85.00 Editore V. Idelson, Napoli.

Quest'opera giunge alla sua terza edizione dopo essere stata consacrata da un magnifico successo. La prima edizione fu salutata dall'unanime consenso, i suoi pregi furono riconosciuti oltre i confini e non tardarono le traduzioni in varie lingue, prima fra tutte in inglese.

E non si trattò di un successo di stima. Il neurologo partenopeo ha profuso nel suo libro maggiore tutta la sua vasta cultura, tutta la sua profonda esperienza clinica.

La terza edizione presenta lo stesso piano delle due precedenti: la stessa felice distribuzione della materia, che prepara gradatamente il lettore alla comprensione dei più difficili capitoli di patologia, di semiotica e di clinica mentale.

Alcuni capitoli hanno un più ampio respiro, tutti sono stati accresciuti avvantaggiandosi dei più recenti progressi della psichiatria.

G. DRAGOTTI.

CHARON. *La psychiatrie en clientèle.* Editori Moloine et fils, Parigi.

Questo piccolo manuale della *Bibliothèque des praticiens* non può avere, come non ha nelle intenzioni dell'autore, la pretesa di addottorare in psichiatria. È una semplice guida di orientamento, un'inizio di preparazione allo studio dei disturbi psicopatologici e delle malattie mentali. Sotto questo aspetto è un libro consigliabile per la chiarezza delle definizioni, per la semplicità delle classificazioni.

Malgrado la piccola mole del volume tutti i capitoli della psichiatria sono rappresentati e non ne manca uno dedicato alla medicina legale, alla igiene mentale ed al modo di comportarsi del medico pratico di fronte agli alienati.

DR.

STEKEL. *Nervösangstzustände und ihre Behandlung.* Prezzo Marchi oro 14.40. Editori Urban und Schwarzenberg, Berlino-Vienna.

Lo Stekel, come è noto, ha pubblicato una serie di grossi volumi intesi ad integrare e a divulgare la dottrina psicanalitica. Questo sulle nevrosi d'angoscia ha già raggiunto la sua quarta edizione. L'argomento vi è trattato abbondantemente, forse prolissamente, in quasi settecento pagine. La parte clinica è

esposta magistralmente. Le dissertazioni patogenetiche risentono troppo di esclusivismo psicanalitico. Un ampio capitolo è destinato alla terapia, nel quale, naturalmente, è fatto largo posto al metodo di Freud.

Dr.

G. CAMPORA. *Fisiopatologia della corea.* Editore Barabino e Graeve, Genova.

È un'ampia, dettagliata monografia su quanto concerne la etiologia, la fisiopatologia, la clinica della corea. La trattazione del meccanismo di produzione dei movimenti coreici, della localizzazione delle lesioni produttrici dei disturbi, dei caratteri dei movimenti e dei criteri di differenziazione dai disordini motori affini è esauriente.

Il libro è adorno di tre tavole fuori testo e si chiude con una ricca bibliografia.

Dr.

PITRES, VAILLARD, LAIGNEL-LAVASTINE. *Maladies des nerfs periferiques et du sympatique.* Prezzo Fr. 60. Editori Baillière et fils. Parigi.

Questo grosso volume di oltre 850 pagine fa parte del nuovo trattato di medicina e terapia pubblicato sotto la direzione di Gilbert e Carnot. In rapporto alla mole del volume vi sono ampiamente trattate l'anatomia o patologia generale dei nervi, la semiologia delle affezioni dei n. periferici, la etiopatogenesi, la sintomatologia e la terapia delle mono- e polineuriti, nonchè la patologia speciale dei principali nervi.

Nel capitolo sulla patologia del simpatico si trova esposto tutto quanto è stato assodato su questo importante argomento. *Dr*

MÜLLER L. R. *Die Lebensnerven.* Zweite Aulage. 1924, Berlin. I. SPRINGER.

A breve distanza di tempo viene ora pubblicata la seconda edizione dell'opera del Müller sul sistema nervoso vegetativo e l'interesse notevole destato in tutti dalla precedente edizione non potrà che essere ancor più vivo per questa seconda che si presenta arricchita di non poche notizie su quanto si è venuto acquistando nello studio di questa parte del sistema nervoso. Alla parte generale che riguarda le cognizioni di embriologia, anatomia, fisiologia, farmacologia concernenti il sistema nervoso vegetativo, segue una parte speciale nella quale è trattata particolarmente l'innervazione dei vari organi. Sviluppo notevole è dato al capitolo concernente l'innervazione del cuore ed a quello sulle alterazioni della funzione del sistema nervoso cardiaco, studiate lungamente coll'applicazione di tutti i più moderni metodi di indagine.

Argomento di trattazione particolare è il rapporto fra il sistema nervoso vegetativo e le varie funzioni indispensabili alla vita, dal tono muscolare al respiro, alla regolazione della temperatura del corpo al ricambio organico ed inorganico.

Da ultimo sono trattate le varie malattie del sistema nervoso vegetativo esponendo i risultati delle più recenti indagini istologiche nelle diverse forme morbose, ed indicando i vari mezzi terapeutici applicabili ad esse, sia medici che chirurgici.

E. T.

C. ORTALI. *Patologia Sessuale. L'impotenza e la sua cura morale.* Prezzo L. 25. Roma. Casa Editrice Leonardo da Vinci.

Questo libro riassume i risultati pratici che l'Autore ha desunti dalla sua esperienza personale.

In Italia gli argomenti di indole sessuale furono finora per lo più negletti, quasi che alcune malattie non meritassero l'onore di attirare l'attenzione dei medici colti. Parecchi opuscoli, pubblicati e diffusi negli anni passati, sono privi di ogni serietà di intenti, e furono messi in commercio in veste pornografica.

Questo libro ha ben altra intonazione. L'Autore premette anzitutto, come base del suo studio, una sintesi breve ma esauriente della fisiologia sessuale maschile e femminile, passa quindi a trattare in modo speciale dell'impotenza. Distingue due forme classiche della malattia: impotenza organica ed impotenza nervosa. Passa quindi in rassegna le svariate manifestazioni cliniche e le cause, che possono essere predisponenti ed occasionali. Riassume alcuni precetti di Igiene sessuale, onde dedurne i criterii razionali che presiedono al retto funzionamento dell'attività genesica.

L'ultimo Capitolo ha per oggetto la cura della malattia. L'Autore si occupa della psicoterapia e della cura morale. Deve il malato porsi nelle condizioni richieste dalla natura per poter esplicare adeguatamente la funzione sessuale, deve imparare ad eliminare le idee perturbatrici che sono il *substratum* dell'impotenza psichica, deve svolgere con coraggio e fiducia le proprie risorse naturali, che integrate dai sussidii dell'arte medica, valgono sempre a ridonare la perduta energia ai vinti nelle battaglie dell'amore. *Arp.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 26 luglio 1924.
Presidenza del prof. V. ASCOLI, presidente

Ulteriori osservazioni su l'epilessia sperimentale da eccitamenti afferenti dei cani morfinizzati.

Prof. G. AMANTEA. — L'O. riferisce di aver ripreso le sue esperienze sulla provocazione della epilessia riflessa in cani morfinizzati per mezzo dell'applicazione corticale di stricnina. Anche con dosi moderate di morfina, si può raggiungere lo scopo in animali non predisposti; ma in tali casi è necessario lasciar decorrere almeno due ore dall'iniezione.

La velocità di sedimentazione dei globuli rossi come indice prognostico.

Prof. G. SABATINI. — L'O. riferisce di aver saggiato la velocità di sedimentazione dei corpuscoli rossi del sangue nel corso di malattie acute e croniche per vedere se alle variazioni di esse, si può attribuire un valore pronostico.

La reazione di sedimentazione, secondo i risultati ottenuti mostra un valore prognostico, poichè le sue variazioni corrispondono all'andamento e all'esito della malattia.

Coleperitoneo con integrità apparente delle vie biliari.

Prof. S. MARINACCI. — Presentato dal prof. Alessandri, l'O. riferisce su di un caso operato all'Ospedale di S. Giacomo in cui il reperto operatorio dimostrò un notevole versamento biliare peritoneale.

L'ispezione delle vie biliari ne dimostrò l'integrità All'atto operatorio seguì la guarigione.

L'importanza del piloro e del trauma ab ingestis nella produzione dell'ulcera digiunale e peptica in genere.

Prof. G. BAGGIO. — Riferisce le sue nuove esperienze nelle quali l'asportazione dell'anello pilorico in cani gastroenterostomizzati non ha impedito la formazione dell'ulcera digiunale. In due su tre animali l'ulcera interessava il moncone gastrico unitamente o no all'ansa digiunale.

L'associazione di tali operazioni determina sporgenza del moncone gastrico entro la bocca anastomotica in grado più accentuato che dopo semplice interruzione del piloro.

L'O. ritiene questi come esempi dell'azione ulcerativa da attribuirsi al trauma ab ingestis.

Contributo allo studio sulle propagazioni infettive a mezzo degli insetti, con speciale riguardo alla peste bubonica (2a nota).

Prof. B. GOSIO. — L'O. anche a nome dei colleghi G. ALESSANDRINI e C. RUSSO riferisce le ulteriori esperienze sulle possibilità di trasmissione della peste per mezzo di insetti. Le mosche infette con bacilli pestosi muoiono con una forma morbosa che determina dejezioni contenenti bacilli vivi della peste. Hanno osservato che la temperatura migliore per la moltiplicazione dei germi è quella di 37 gradi. Per la diagnostica riferisce le esperienze sulla termoprecipitazione per l'infezione delle larve: tale metodo ha dato buoni risultati e potrebbe avere importanza diagnostica notevole in casi di epidemie.

Il germe è più virulento nell'insetto perfetto che nella larva.

Il prof. SANARELLI nota l'importanza delle ricerche e chiede delucidazioni sul comportamento della larva nel suo sviluppo.

Tale schiarimento fornisce il socio prof. ALESSANDRINI che descrive il comportamento dei germi nelle larve infette.

Ricerche sulla riviviscenza e la sopravvivenza del cane dissanguato.

Dott. GALATÀ. — Presentato dal socio prof. Baglioni riferisce i risultati delle sue ricerche sulla sopravvivenza del cane dissanguato e ne discute le ipotesi più probabili.

L'azione delle dosi moderate di alcool sui processi spinali di coordinazione.

Prof. A. CLEMENTI. — Ha studiato l'azione dell'alcool etilico sulla coordinazione dei movimenti locomotori sui colombi ai quali era stato sezionato il midollo al disopra del rigonfiamento lombare.

Le piccole dosi di alcool per via boccale determinano disturbi della coordinazione, mentre lasciano integra la eccitabilità riflessa a stimoli tattili e faradici. E. GROSSI.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta del 13 luglio 1924.
Presidenza: prof. GIUSEPPE PIANESE, presidente.

Sulla indagine radiologica della mastoide.

Prof. BRUNO BRUZZI. — L'O. riferisce dei risultati ottenuti durante il passato anno scolastico dalla indagine radiologica sistematicamente eseguita nei pazienti affetti da lesioni dell'orecchio medio osservati nella Clinica Otorinolaringologica della R. Università. Richiama l'importanza di detta indagine nei casi con insufficienza di sintomi clinici. Passa in rassegna le diverse tecniche e descrive una posizione adoperata e che chiama «*laterale-obliqua*». Illustra con radiografie le diverse posizioni ed i relativi reperti radiologici normali. Parla quindi delle forme di mastoiditi acute dimostrando i reperti radiologici e rilevando l'importanza dei diversi aspetti della mastoide nei differenti stadi della malattia. Tratta quindi delle forme di mastoiditi croniche, concludendo, per quanto riguarda la tecnica, che i migliori risultati si ottengono con la posizione «*sagittale-obliqua*» e «*laterale-obliqua*». Nelle forme acute l'indagine radiologica completa l'esame clinico. Nelle forme croniche se unitamente ai sintomi clinici colla radiografia si rileva la presenza di fatti di osteite o la formazione di colesteatoma, l'intervento chirurgico deve essere senz'altro applicato. A. CHISTONI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

L'importanza dei sintomi oculari per il pratico.

H. Lowell (*Boston med. and surg. journal*, 7 agosto 1924) osserva che spesso il medico pratico non tiene nel dovuto conto i sintomi oculari che presenta il paziente, mentre invece essi sono frequentemente la guida per la diagnosi esatta. Il primo segno di nefrite, di diabete, di neoplasma cerebrale o di altra grave malattia nervosa può essere scoperto con l'esame del fondo dell'occhio. Nella pupilla, noi vediamo trascritte le condizioni della pressione endocranica, dovute a tumori, ascessi, a meningite od altre infiammazioni ed anche a frattura cranica. Sono inoltre da menzionarsi le paresi o paralisi dei muscoli, che si riscontrano nella sifilide, nella difterite, nelle fratture del cranio e nella encefalite epidemica.

È anche necessario richiamare l'attenzione sul glaucoma cronico, che è la malattia che più frequentemente ed insidiosamente provoca la cecità e che si verifica anche nell'età giovanile. L'assoluta incompetenza degli ottici a riconoscere tale malattia è una ragione di più per sconsigliare di ricorrere ad essi per farsi misurare la vista e per la scelta degli occhiali.

L'importanza dell'esame accurato degli occhi da parte del medico è anche dimostrata da alcuni casi occorsi all'A. In uno si trattava di un sigaraio che si lamentava di indebolimento della vista ed aveva provato in 2-3 mesi, diverse paia di occhiali; l'individuo era affetto da nefrite avanzata, per cui morì dopo otto settimane. Un altro individuo, che si presentava con un occhio infiammato, aveva speso da un ottico un centinaio di dollari, ed inutilmente, perchè egli aveva un corpo estraneo nella cornea, da cui fu liberato facilmente. In un terzo caso, la paziente — sorella di un medico — aveva cambiato diverse lenti, credendo si trattasse di solo difetto di refrazione, mentre essa era affetta da glaucoma cronico. A tale proposito, è bene far rilevare che un rapido cambiamento nella refrazione è spesso uno dei primi sintomi del glaucoma.

Un quarto individuo si presentò all'A., lamentandosi di diplopia manifestatasi improvvisamente e di cefalea; si trovò incoordinazione dei muscoli oculari, facendo diagnosi di encefalite epidemica, che poi venne confermata. In un altro, che si lamentava di diminuzione del visus, da mesi, con inutili tentativi di correzione l'esame dimostrò la presenza di papilla strozzata, probabilmente da tumore. Questi ed altri casi, disconosciuti dai medici curanti dimostrano che, in presenza di un individuo con disturbi della visione, si deve tener presente la possibilità che questi siano dati da malattie generali e compiere quindi l'esame accurato generale del paziente. *fil.*

CASISTICA E TERAPIA.

Tularemia.

Si tratta di una malattia infettiva dovuta al « Bacterium Tularense », così chiamato perchè isolato per la prima volta nella contea di Tulare in California. Il germe è rappresentato da un cocco-bacillo piccolissimo che cresce in terreni speciali al torlo d'uovo, oppure in agar-sangue, in agar-siero-glucosio, o agar-sangue-glucosio, con aggiunta di pezzetti di milza di coniglio o di cistina.

È gram-negativo e si colora bene con l'acqua d'anilina di Hoffmann e col Giemsa. È stato isolato per la prima volta nel 1912 da Mc. Coy e Chapin dal sangue di scoiattolo, durante una epidemia di tali animali, e a varie riprese ritrovato in epidemie insorte in allevamenti di conigli, cavie e ratti.

In seguito si riuscì a dimostrare la presenza nel sangue d'individui ammalatisi per avere avuto contatto con animali infetti, e nella letteratura si trovano descritti vari casi dell'infezione contratta nelle campagne, nei mercati, nelle cucine e nei laboratori scientifici. La trasmissione avviene direttamente dall'animale all'uomo, o pel tramite d'insetti emofagi.

Nell'animale la malattia si manifesta in maniera epidemica ed ha qualche somiglianza coll'infezione pestosa, perchè caratterizzata dalla presenza di bubboni e di focolai necrotici nella milza e nel fegato. Le lesioni polmonari, però, a differenza di quel che avviene nella peste, sono rare.

Nell'uomo si osserva spesso una lesione primitiva al punto d'inoculazione, in forma di zona ulcerata e suppurante, e consecutiva tumefazione e suppurazione delle ghiandole vicine. In qualche caso la lesione primitiva risiedeva sulla congiuntiva oculare. I sintomi generali sono rappresentati da febbre alta, continua, che cade per lisi dopo un periodo vario, ed è accompagnata da prostrazione grave, da dolori muscolari diffusi, oltre che dalle adeniti descritte. La convalescenza è assai protratta e i malati restano lungamente deboli e inabili al lavoro. Frequenti sono le recidive.

La diagnosi si basa essenzialmente sulle prove culturali e sierologiche, ottenendosi la fissazione del complemento e l'agglutinazione del bacillo col siero del malato al titolo di 1 : 50 al termine della 2ª settimana, e di 1 : 200-1 : 400 dopo il 18° giorno.

Per quel che riguarda l'epidemiologia, non si erano sino ad ora descritti casi dell'infezione al di fuori degli Stati Uniti d'America, ma non è improbabile che alcuni casi oscuri d'infezione umana a tipo setticemico, consecutivi a morso d'insetti, osservati anche sul vecchio continente, possano essere riportati a questa malattia.

C. G. Ledingham e F. R. Fraser (The Quort. Jour. of Med., n. 68, July 1924) ne descrivono ora tre casi occorsi in Inghilterra, in individui che contrassero la malattia nei laboratori dell'Istituto Lister, in seguito a contatto con animali di esperimento.

Ma poichè tali individui avevano osservato accurate regole di profilassi, calzando guanti di gomma e usando ampiamente di ferri chirurgici e di disinfettanti, è discutibile la patogenesi dell'infezione in essi sopravvenuta, e gli AA. si domandano se non sia il caso di pensare anche ad un possibile contagio per le vie aeree, per mezzo delle particelle di saliva proiettate dagli animali coi colpi di tosse.

Tutti i casi sono guariti, ma non è riferita la terapia adottata.

M. FABERI.

Contributo clinico alla questione della malaria congenita.

Olivelli (*La Pediatria*, 15 agosto 1924) rileva che i casi della letteratura, illustrati come casi di malaria congenita, non possono essere tutti considerati come tali poichè i piccoli bambini erano nati in zone malariche, e la presenza del parassita, qualche giorno dopo la nascita, non poteva far escludere una malaria acquisita. Illustra un caso che può considerarsi realmente come malaria congenita, nel quale non riscontrò mai elevazioni febbrili per quanto ripetutamente nel sangue avesse dimostrato i parassiti della terzana (l'A. non dice di quale forma si tratti).

Riassume brevemente i casi di malaria ereditaria che figurano nella letteratura e fa notare come questa ereditarietà debba essere intesa in un senso molto largo e tenendo conto di fatti contraddittorii. Le ricerche negative, nel sangue e negli organi del feto, fanno ritenere che la placenta opponga una vera barriera, ai germi, per mezzo dei suoi vasi capillari. Se la integrità della placenta viene a mancare si ha la trasmissione dell'infezione.

Il sangue materno subisce, a causa della malaria (specie se cronica), delle modificazioni chimico-fisico-biologiche che possono trasmettersi al feto creando nel sangue di esso condizioni analoghe a quelle che si verificano nell'adulto per la malaria cronica. E come nei casi di malaria cronica degli adulti il reperto parassitario può spesso mancare, così un reperto negativo non può escludere che germi possano essere pervenuti dalla madre nel feto.

Quindi per la trasmissione della malaria si ha: o il parassita si sviluppa già nell'utero materno dando luogo a lesioni che possano conoscersi al momento della nascita o rimane latente fino a che dura la comunanza del sangue materno o può essere infine trattenuto totalmente dal filtro placentare (Ascoli).

Dopo tali considerazioni l'A., conclude dicendo che:

I) Esistono veramente casi di malaria congenita per quanto non frequenti.

II) La malaria congenita può decorrere in modo cronico senza movimenti febbrili.

I. MEO COLOMBO.

L'evoluzione della tubercolosi infantile.

Nei ragazzi fra i cinque ed i dodici anni, uno dei sintomi più comuni dell'infezione tubercolare è la stanchezza; il ragazzo, di solito ha un peso inferiore al normale, ha scarso appetito ed è sbadato. Altri invece sono molto irritabili ed inquieti. I segni fisici possono essere assenti, sebbene, spesso, si rilevi un'ottusità interscapolare. Può esservi il segno di D'Espine, ma la sua assenza o la presenza non hanno importanza.

Come fa osservare H. D. Chadwick (*Boston med. and surg. journal*, 7 agosto 1924), in questa età, la tubercolosi affetta essenzialmente il tessuto linfoide. Nei raggi X, troviamo un sussidio importante per la dimostrazione delle ghiandole linfatiche ingrossate. La interpretazione della lastra deve però essere fatta da un medico ben sperimentato, pratico non solo delle radiografie polmonari, ma di quelle dei ragazzi in particolare. La diagnosi va poi confermata con la prova intracutanea alla tubercolina, incominciando con la diluizione a 1/10.000, poi a 1/1.000 e finalmente con 1/100, usando 1/10 di cmc. Il pratico che si fermasse alla prima diluizione commetterebbe un errore.

Dopo le ghiandole tracheo-bronchiali, la tubercolosi invade il gruppo delle ghiandole bronco-polmonari alla radice dei polmoni, e si sviluppa un processo peribronchiale. I sinto-

mi sono più costituzionali che locali. Vi può essere tosse intermittente, che simula dei raffreddori transitori e che è dovuta alla pressione delle masse ghiandolari sui bronchi. È comune il sudore locale ed anche una perspirazione eccessiva, non però il sudore dei tisici. La temperatura è di solito normale, con piccole esacerbazioni.

I segni fisici mostrano l'ottusità interscapolare, che si estende alle fosse sopraspinose, dovuta, non già ad infezione, ma a spasmo riflesso dei muscoli. Anteriormente, la risonanza è normale. Non si hanno solitamente segni all'ascoltazione. Le radiografie mostrano delle masse irregolari, di densità variabile, che si estendono dall'ilo nel polmone. Si vedono ombre lineari, nodulari. Spesso si osserva anche il primo focolaio polmonare nel secondo spazio intercostale, dove all'esame fisico non si riscontra nulla, fino a quando non sia coinvolto l'apice.

La prognosi della tubercolosi dell'ilo e dell'adenite bronchiale è buona purchè si possa provvedere per una buona igiene. Se, invece il tipo si cambia in quello degli adulti, con bacilli nello sputo, la prognosi è fatale. Per la diagnosi, si deve tener presente che, mentre la tubercolosi dell'adulto è all'apice, quella dei ragazzi è alle radici polmonari. Quivi non si hanno alveoli, quindi mancano i rantoli. La diagnosi si farà dunque sui sintomi, sui segni di infiltrazione all'ilo, sulla radiografia e sulla reazione positiva alla tubercolina.

fil.

Trattamento della febbre di Malta.

Dietetica. — I malati di melitense, sia per la lunga durata della febbre, sia per l'assenza di qualsiasi localizzazione del sistema digerente, devono essere alimentati generosamente. Latte, latticini, purea, uova, dolci, marmellate, minestre, brodi, carne pesta durante i periodi altamente febbrili, e negl'intervalli anche qualche cosa di maggiore sostanza. Per riparare alla perdita di acqua per la traspirazione cutanea e per facilitare la diuresi bisogna dare abbondanti bevande.

La degenza continua in letto, salvo che nei periodi di massima acuzie, abitualmente non è necessaria.

Medicinali. — Medicinali specifici non ve ne sono: e, fra i tanti in uso nella terapia generale delle infezioni febbrili, non ve ne sono neanche dei veramente utili. Qualche volta invece, specie gli antipiretici, riescono dannosi disturbando le funzioni organiche, la secrezione renale, la tensione arteriosa, la tonicità cardiaca, ecc.

L'elettrargolo per via endovenosa qualche volta ha dato dei risultati favorevoli: nelle forme iperpiretiche sono utili i bagni tiepidi: l'oppio ed i bromici calmano qualche crisi dolorosa: i preparati tonici e ferruginosi combattono l'astenia e l'anemia.

La sieroterapia finora non ha dato successi. Il siero Trambusti e Donzello sembra il meno inefficace.

La vaccinoterapia (stok-vaccini o autovaccini) ha dato qualche successo, ma la sua efficacia non è stata ancora sufficientemente provata. Maggiore utilità presentano i vaccini che vengono preparati con stipiti di micrococchi che agglutinano con il siero del malato.

L'autoemoterapia è stata impiegata da qualcuno (Girbal. *Tourn. des prat.*, 6 janv. 1923) con risultati incoraggianti. Si iniettano ogni 3 giorni sottocute, ai fianchi 5 cc. di sangue citratato e dello stesso malato. Dopo 3-4 iniezioni è possibile avere la caduta definitiva della febbre.

La vaccinazione preventiva, usando vaccini preparati con culture morte, per via sottocutanea o digestiva, sperimentata in animali ed in indigeni della Tunisia, ha dato risultati molto incoraggianti.

(P. SÉE. *Gazette des Hôpitaux*, n. 24 del 1924).

PERSIA.

Proprietà e azione del siero antidissenterico.

Studiando sperimentalmente il siero antidissenterico, W. Kolle, H. Schlossberger, R Priggle (*Deut. Med. Woch.*, n. 33, 1924), vengono alle seguenti conclusioni:

Il topo è l'animale di scelta per la ricerca della virulenza e dei veleni degli stipiti di dissenteria, nonchè per il dosaggio dei sieri antidissenterici. I resultati ottenuti da altri con le cavie sono infatti identici a quelli ottenuti coi topi.

Il veleno del bacillo della dissenteria di Shiga-Kruse parrebbe essere unico, e non è assodata l'esistenza dei così detti veleni parziali o endotossine.

Il valore immunizzante dei varii sieri antidissenterici mescolati coi veleni estratti per filtrazione di brodocolture, come pure coi veleni disseccati da colture in agar, e col «veleno totale» estratto secondo il metodo degli AA., è pressochè uniformemente eguale. Lo stesso vale in genere anche pei batteri viventi. La prova di tali vari veleni col siero monovalente ottenuto dalle cavie, dà valori i-

dentici con veleni analoghi od etecologhi. Esperimentando con miscele di batteri viventi o morti di altre specie (b. del tipo Flexner, b. del tifo, ecc.) dimostra la inefficacia dei sieri immuninzanti ottenuti, nei confronti della tossina del b. di Shiga-Kruse.

Il dosaggio del siero antidissenterico può dunque esser fatto liberamente nei topi col veleno della brodo cultura o con uno dei detti veleni disseccati.

Le prove nei topi con bacilli dissenterici viventi e siero antidissenterico, introdotti mescolati o separati, mostrano che il potere antitossico dei sieri, onde ottenere azione sicura verso l'infezione, deve essere notevolmente aumentato. Una tale questione richiede però ancora ulteriori esperienze. In ogni modo è assodato che il siero antidissenterico è un vero e proprio siero antitossico, la cui attività terapeutica è in rapporto col contenuto in antitossina; l'unione della tossina colla relativa antitossina avviene secondo la legge delle proporzioni multiple. Prima che possa esser dato un giudizio definitivo sul valore curativo del siero antidissenterico nella dissenteria umana, debbono esser fatte prove terapeutiche con sieri di alto valore. Per le prove sperimentali dovrebbero essere usate dosi di veleno doppie delle usuali, e come veleno di prova dovrebbe essere adottato invece di quello liquido da brodo cultura fin qui usato, anche un veleno secco.

M. FABERI.

Infezioni ed ipertensione.

W. Walker e J. O'Hare (*Boston Med. a. Surg. Journ.*, 5 giugno 1924) da una statistica di circa 800 casi, traggono, con qualche riserva, le deduzioni seguenti. Poca influenza hanno le malattie infettive pregresse nel provocare l'ipertensione. Degna di nota è la relativa frequenza del tifo addominale e del reumatismo nell'anamnesi degli ipertesi, e la relativamente scarsa frequenza della sifilide. Il morbillo si trova spesso negli antecedenti, ma, pare, a titolo di malattia molto diffusa.

DORIA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

L'autorinoreazione di Wildbolz per la diagnosi di tubercolosi. — Al dott. C. P. Abb. n. 10891:

Consiste nell'iniettare l'urina dello stesso ammalato, ottenendo delle reazioni biologiche, le quali svelano lo stato di attività di un focolaio tubercolare.

Si raccoglie asetticamente l'urina e, per mezzo della concentrazione nel vuoto, operando a 70°, la si riduce ad un decimo del suo volume. Dopo raffreddamento, si passa sopra un filtro imbevuto di soluzione fenica al 2%. Si fa poi un'iniezione ipodermica, ottenendone una rezione analoga a quella della tubercolina; essa è positiva solo quando i tubercolotici sono in stato di allergia riguardo alla tubercolina.

Anche su questa reazione non bisogna fare molto affidamento. *fil.*

Trattati di tisiologia e tisioterapia. — Al dott. C. C. da Pavia:

Un trattato recente italiano è quello di G. BRECCIA. *La cura delle malattie tubercolari del polmone.* Un. Tip. Ed. Torino.

Fra i trattati di autori stranieri, possiamo indicarle i seguenti: CALMETTE. *L'infection bacillaire et la tuberculose.* Masson ed. Parigi (riguarda più che altro la patologia). - E. SERGENT. *Tuberculose.* Maloine ed. Parigi - CH. SABOURIN, *Traitement rationnel de la Phtisie.* Masson ed. Parigi.

FISHBERG. *Pulmonary Tuberculosis.* Lea e Febiger edd. Philadelphia. - H. SUTHERLAND. *Pulmonary Tuberculosis in General Practice,* Cassel ed. Londra. - J. GUY. *Pulmonary Tuberculosis, its Diagnosis and Treatment,* Oliver ed. Edimburgo.

Handbuch der gesamten Tuberkulose-Theraphie. Diretto da LOEWENSTEIN, Urban e Schwarzenberg edd. Vienna, 2 voll. - B. BANDELIER e O. ROEPKE. *Die Klinik der Tuberkulose.* A. Barth e C. Kabitzsch edd. Lipsia, 2 voll. - *Handbuch del Tuberkulose*, diretto da BRAUER, SCHRODER e BLUMENFELD; in 4 voll. Ibidem. Di piccola mole, ma pratico è il manualetto di H. GERHARTZ, *Taschenbuch der Diagnostik und Therapie der Lungentuberkulose.* Urban e Schwarzenberg edd. Vienna e Berlino. *fil.*

VARIA.

La chirologia.

Osserva il prof. E Morselli, in un interessante studio sull'argomento (Tip. della « Scena illustrata », Firenze, 1923), che la mano può considerarsi come lo strumento più diretto del nostro cervello e che essa ha nella nostra esistenza individuale e collettiva un ufficio assai vario, incessante ed immedesimato con ogni idea, con ogni sentimento, con ogni volizione. Ciò è stato riconosciuto fin dai tempi antichi, sicchè di una « Scienza della mano » si trovano gli accenni ai confini fra la leg-

genda e la storia, anzi già nella preistoria; essa fu assai diffusa fra i popoli antichi; tacque nel medioevo, soprattutto perchè la Chiesa, accomunandola con altre pratiche occulte, la condannava, ma risorse in seguito ed ora è creduta e praticata su larghissima scala in tutti i paesi, specialmente nei grandi centri.

Questa scienza può suddividersi in tre branche, l'una puramente descrittiva, appartenente alle scienze positive — *la chirografia* — che studia le caratteristiche morfo-fisiologiche e patologiche, l'altra — *la chirognomia* — che dai dati raccolti intende interpretare o desumere le qualità biologiche, psichiche e sociali dell'individuo, la terza — *la chiromanzia* — che specialmente dall'esame dei solchi e delle eminenze volari pretende di leggere le qualità fisiche e morali, nonchè di predire l'avvenire.

Si comprende l'importanza dell'esame della mano per la neuropatologia, tenuto conto della specializzazione dei nervi e dei muscoli che la muovono. Ma anche dal punto di vista puramente fisiologico, i particolari morfologici della mano possono avere notevole significato. Un piccolo fondo di vero vi è in quanto affermano i chiromanti, che cioè le linee della mano si formino e si sviluppino a seconda delle disposizioni dell'individuo e delle vicende della sua esistenza. La mano è, per eccellenza, lo strumento del nostro pensiero, l'organo più diretto dell'espressione, e può rappresentare un sussidio efficace per informarci sul presente ed anche sul passato delle persone, ed il suo esame permette talora di trarre qualche indizio sull'avvenire, specialmente se fatto dalla chiromante che acquista, magari a sua insaputa, una raffinatezza di osservazione ed una abilità deduttiva.

Il Vaschide, che ha studiato una trentina di chiromanti, ha ottenuto con esse e particolarmente con M.me Fraya risultati notevoli. Il solo esame delle mani fece riconoscere il sesso, con il 9-10 % di errori; più difficile a riconoscere è l'età, specialmente nei bambini, mentre verso i 30 anni, essa viene definita esattamente nel 66 % dei casi. Anche la professione si stampa sulla mano; ma è da chiedersi se, in alcuni casi, non sia la stessa conformazione della mano un fattore inconscio della vocazione; sotto tale punto di vista l'esame della mano potrebbe diventare un capitolo della psicotecnica. Di notevole interesse per l'esattezza è il riconoscimento delle neurosi e delle psicosi, che è avvenuto nel 46-47% dei casi, definendo l'isterismo, le fobie, le idee fisse, le crisi deliranti superate ed è da dubitarsi che uno psichiatra possa superare questa proporzione di diagnosi retroattive. Non meno sorprendenti sono state le divinazioni degli stati morali in attualità, che avvennero 25 volte su 29 per le preoccupazioni, 9 su 13 per lo sconforto, ecc. Con una chiromante studiata dall'A., si ebbe due volte su tre il riconoscimento di uno stato di ansia, in un altro caso quello di gravi patemi morali superati.

In campo ancor più nebuloso ed incerto si trova poi la chiromanzia vera e propria. La mano, dicono i chiromanti, è un microcosmo, poichè riassume l'uomo, che, a sua volta, è l'immagine dell'universo; ed ecco dunque stamparsi nella mano le arcane influenze astrali, che presiedono alla sorte di ogni individuo ed ecco quindi l'intreccio della chiromanzia con l'astrologia, l'alchimia, la teosofia e via dicendo; i *monti* sono dominati dagli astri, le linee si prestano a giudizi diversi. Nel complesso responso della chiromante entrano però in giuoco molti altri fattori, come il particolare stato d'animo di chi vi ricorre, la fede nella chiromante e particolarmente l'abilità di questa a cogliere le più lievi sfumature di pensiero e di sentimento; l'esercizio prolungato rende più proficue le ingenite capacità, perfezionando l'arte ed i metodi ingegnosi. Ed i presagi si avverano nei casi del Vaschide nel 65 % di quelli a breve scadenza, mentre la proporzione va poi diminuendo con la distanza di tempo. Anche le osservazioni fatte dall'A. sopra una chiromante danno una buona percentuale di caratteri riconosciuti e di presagi avverati.

La severa critica scientifica può eliminare una gran parte dei successi chiromantici. Rimane però un residuo inspiegabile, che rappresenta un enigma fisio-psicologico, in cui vi è forse qualche cosa di extrafisiologico, di metapsichico. I successi, per quanto inquinati da falsità, da esagerazioni, da ciarlatanerie, sono in qualche caso reali e noi allo stato attuale della scienza, non possiamo disconoscerli. È un fatto che la chiromante, quando lavora, ha bisogno di una particolare condizione della coscienza che deve cedere il passo alla subcoscienza, donde zampillano le intuizioni che, non ostante la loro irrazionalità, superano in valore di percezione e di accostamento alla realtà il lavorio più lento e più «razionale» dell'intelletto cosciente. La scienza, del resto, non può disinteressarsi di tutto ciò che l'empirismo popolare ha raccolto nel corso dei secoli e che può offrirle in studio. Sotto ogni errore può esservi un briciolo di verità. Spetta alla scienza di scoprirlo.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Congresso straordinario degli Ordini dei Medici.

Nei giorni 29-30 ottobre nella Sala dell'Ordine dei Medici di Roma si è riunito il Congresso straordinario degli Ordini dei Medici.

Si è discusso il seguente ordine del giorno:

1. Relazione morale;
2. Relazione finanziaria;
3. Modificazioni allo Statuto ed al Regolamento federale proposte dalla Commissione straordinaria;
4. Elezioni del Consiglio federale.

Mentre ci riserviamo di dare un più ampio resoconto, annunziamo che il dibattito sulla relazione morale è stato vivacissimo.

La discussione si è chiusa con l'approvazione del seguente ordine del giorno:

« Il Congresso riconosciuta la necessità di un organismo che comprenda tutti i medici esercenti nel Regno; ritenuto che a questa necessità corrisponde l'esistenza della Federazione degli Ordini dei Medici; delibera di consolidare la vita futura della Federazione e passa alla discussione degli articoli riguardanti gli scopi di quest'organismo ».

Tale ordine del giorno presentato da Gallenga, Garosci, Giglioli, Pasinetti e Pinaroli, ha avuto 104 voti favorevoli, 74 contrari e 28 astenuti.

Sono state approvate tutte le proposte modificazioni allo Statuto della Federazione.

Il nuovo Consiglio Federale è risultato così costituito: Gallenga Pietro (Roma), presidente; Buglioni Giov. Battista (Alatri); Pinaroli Guido (Torino); Giglioli Guido (Firenze); Bentivegna (Palermo); Riva Domenico (Brescia); Folliero (Foggia).

Per gli stipendi dei sanitari della Provincia di Foggia.

Un'assemblea generale dei Sindacati Nazionali, Medici condotti, Veterinari, Ufficiali sanitari, Liberi esercenti la professione medico-chirurgica, Levatrici, presieduta dal Segretario generale provinciale dott. cav. uff. Roberto Telesforo, con l'intervento del presidente dell'Ordine dei Medici e dei Veterinari e del Segretario federale prof. R. Del Giudice, ha votato ad unanimità in data 18 ottobre 1924 il seguente ordine del giorno, presentato dal dott. Nazzaro:

« Venuto a conoscenza che la Giunta provinciale amministrativa nella seduta del 3 ottobre 1924 ha stabilito per Medici condotti e Veterinari uno stipendio da 8000 a 10.000 lire con una differenza proporzionale di L. 500 tra le categorie dei Comuni, e per gli Ufficiali sanitari uno stipendio da 5000 a 14,000 lire con una differenza proporzionale di 3 a 5 mila lire, distribuendo i Comuni per gli Ufficiali sanitari in difformità dell'articolo del D. L. 30 dicembre 1923, n. 2889. Il tutto contrariamente alle proposte del Consiglio degli Ordini dei medici e dei veterinari ed al deliberato del Consiglio provinciale sanitario, che fissava anch'esso stipendi ineguali, ma superiori e proporzionalmente distinti tra i Comuni con rapporto eguale e costante.

Considera:

1) Che siffatto trattamento economico non risponde al desiderato della Corporazione nazionale sanitaria e determina ineguaglianze tra Medici condotti e Veterinari da una parte ed Ufficiali sanitari dall'altra, raddoppiando nei Comuni medii della Provincia l'attuale stipendio per gli uni, mantenendolo inalterato o riducendolo addirittura per gli altri, tenuto conto delle indennità.

I Comuni medii rappresentano il maggior numero: quasi tutti sono Capoluoghi di Mandamento, uno Capoluogo di Circondario, dove per l'art. 3 del citato decreto ha funzione di medico provinciale aggiunto: hanno una popolazione, che oscilla da 6 a 10 mila abitanti: il servizio di assistenza è limitato a pochi poveri e quello per gli abbienti diviso con altri liberi esercenti e quindi ridotto il reddito professionale ed il servizio di vigilanza igienica è continuo ed odioso e quindi più ridotto per gli Ufficiali sanitari il reddito professionale. In esso i Medici condotti e Veterinari verranno a percepire lo stipendio di L. 9000, gli Ufficiali sanitari L. 5000, le Levatrici L. 3000: attualmente corrispondono ai sanitari stipendi eguali, superiori, con le indennità, a L. 5000, con le nuove tabelle avrebbero lo stesso onere, ma sperequato a tutto a danno degli Ufficiali sanitari, che pur debbono provvedere al loro sostentamento.

2) Che il deliberato della G. P. A. segnatamente nei riguardi degli Ufficiali sanitari disconosce la importanza del servizio di molto accresciuto con la recente riforma sanitaria e svaluta la loro funzione direttiva di fronte agli altri impiegati del Comune, al Medico condotto, al Veterinario ed alla Levatrice. L'Ufficiale sanitario è il Capo responsabile del servizio sanitario nei Comuni: gli altri sanitari per gli art. 33 e 47 del citato decreto hanno l'obbligo di cooperare alla esecuzione dei provvedimenti d'igiene e profilassi ordinati dall'Autorità sanitaria comunale: lo stesso veterinario è sostituito, ma non può sostituire l'Ufficiale sanitario.

Non si è tenuto presente, che se per gli altri sanitari le tabelle riguardano tutti i Comuni, per gli Ufficiali sanitari riguardano soltanto i Comuni, dove essi hanno nomina definitiva ed attualmente sono funzionari anziani quasi al termine di loro carriera, che non possono più mutare, nominati per concorso o per decreto prefettizio, almeno un triennio prima della legge 25 febbraio 1904.

3. Che esso deliberato rappresenta quindi una ingiustizia, una illegalità, un eccesso di potere e contraddice apertamente alla formola proclamata dal Capo del Governo e del Fascismo nel discorso di Milano: "pochi impiegati, ben pagati, ma che possono condurre un treno di vita dignitosa e proba ...

Unanime delibera

Salvo legale ricorso degli interessati, esplicare azione perchè la decisione della Giunta provinciale amministrativa 3 ottobre 1924 riguardo agli stipendi dei sanitari venga annullata e lo stipendio minimo fissato in L. 9500, in misura eguale per tutti con rapporto eguale e costante fra le categorie dei Comuni per raggiungere il massimo di L. 10,500 e L. 13,000 per le Condotte disagiate e L. 14,000 già fissato per l'Ufficiale sanitario del Capoluogo della Provincia, L. 3000 per le Levatrici».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BADIA POLESINE (*Rovigo*). *Ospedale Civile.* — Al 15 nov.; primari medico e chirurgo. Vedi fasc. 44.

BELLUNO. — Medico del Dispensario celtico comunale. Vedi fasc. 44. Scad. ore 18 del 23 nov.

CHIESA (*Sondrio*). — Cons. tre Comuni. Scad. 23 nov. L. 6000 da elevarsi a 6500 dopo biennio di prova; L. 1300 indenn. trasferta; L. 500 uff. san.; c.-v. come per impiegati dello Stato.

CODOGNO (*Milano*). *Ospedale Civile.* — Chirurgo primario. Vedi fasc. 44. Scad. 30 novembre.

FANO (*Pesaro Urbino*). — Condotta urbana di Ponente (rione del Porto); L. 7500 e 10 bienni ventesimo; addiz. L. 3 oltre i 1500 pov. (salvo approvazione). Ab. 4500; pov. 1500. Età lim. 40. Tassa L. 50.10. Scad. 30 nov. Accettaz. entro 5 giorni; assunzione servizio entro 20 giorni.

FORMIA (*Caserta*). — Abit. 10,279. Stazione climatico-balneare. Scad. 30 nov. ore 12. L. 6500 e 5 quadrienni dec. Punti esame laurea. Chiedere avviso.

GENOVA. *Associazione Nazionale Medici Marina Mercantile.* — Concorso tra gli associati che vogliano coprire posti di medico fisso sui piroscafi della Compagnia di Navigaz. «Lloyd Triestino». Vedi fasc. 43. Scad. 1 dicembre.

LECCE. *Amministrazione Provinciale.* — Due medici di reparto del Manicomio. Vedi fasc. 43. Scad. ore 12 del 30 novembre.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Medico Ispettore; scad. ore 16 del 15 novembre. Vedi fasc. 41.

MOTTA DI LIVENZA (*Treviso*). — Scad. 15 nov.; 2° reparto; L. 8000 oltre indenn. trasp. e c.-v.

PAMPARATO (*Cuneo*). — L. 4000 (*sic*), oltre L. 1200 p. trasp. e L. 500 uff. san., elevabili al minimo che stabilirà la G. P. A. con le nuove tabelle.

PRATO (*Firenze*). *Spedale della Misericordia e Dolce.* — Medico primario. Vedi fasc. 44. Scad. ore 18 del 22 novembre.

RAVENNA. — Medico primario del Comune e direttore sanitario del Civico Ospedale; L. 12,000 e 5 quadrienni decimo; c.-v. Età limite a. 40. Libera docenza in clinica o patologia spec. med. e tre anni di direz. di un ospedale importante o di un reparto medico id. o di aiutato in clinica medica. Proroga al 20 novembre.

REGGIO EMILIA. *Ospedale di S. Maria Nuova.* — Quattro medici specialisti. Vedi fasc. 44. Scad. ore 18 del 15 novembre.

RODDI (*Cuneo*). — Consor. con Grinzane Cavour; L. 4000 (*sic*) e 4 quinquenni decimo; p. trasp. lire 1500; p. uff. san. L. 500. Scad. ore 18 del 28 nov.

ROMA. *Ministero dell'Interno.* — Prorogato al 22 novembre concorsi Sanità pubblica. Vedi fasc. 44.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Conc. per esami a 30 posti di assistente medico-chirurgo. Scad. ore 15 del 30 nov. Età limite 30. Tassa di L. 50, non reperibile, al Tesoriere. Stip. L. 4500. Per le altre condizioni chiedere annunzio alla Segreteria Generale.

ROMA. *Università Israelitica.* — Medico effettivo della Deputazione Israelitica di Carità. Scad. 15 novembre. Vedi fasc. 44.

S. MICHELE DEL QUARTO (*Venezia*). — Condotta, a tutto il 15 nov., ore 17. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria.

SARTEANO (*Siena*). — Scad. 30 nov.; 2ª cond.; L. 6500 oltre c.-v. e L. 2500 cav.

SOLAROLO (*Ravenna*). — L. 6100 e bienni ventes.; L. 2000 cav.; c.-v. impiegati statali; elevaz. a tabella-tipo in corso. Scad. ore 17 del 15 nov. Età lim. 35. Serv. entro 15 giorni.

STAZZENA (*Lucca*). — A tutto il 15 nov., 2ª cond. Vedi fasc. 44.

TORINO. *Ospedale Sanitario S. Luigi.* — Chirurgo assistente; L. 5000. Domande alla Direzione (via Garibaldi, 23).

VALSTAGNA (*Vicenza*). — Scad. 15 nov. Stip. e indenn. complessive per soli poveri L. 10,800.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Commissioni Universitarie per la libera docenza.

Il Ministro della Pubblica Istruzione su proposta della Giunta del Consiglio Superiore ha composto nel seguente modo le Commissioni per gli esami di conferimento della libera docenza.

Clinica Medica: Queirolo, Zoia, Giuffrè, titolari; Feletti, Silvestrini, supplenti. — *Clinica Chirurgica e Medicina Operatoria*: Alessandri, Carle, Tusini, titolari; Tricomi, Taddei, supplenti. — *Clinica Chirurgica*: Alessandri, Carle, Tusini, titolari; Tricomi, Taddei, supplenti. — *Tisiologia*: Ascoli Vittorio, Micheli, Morelli, titolari; Sforza, Ilvento, supplenti. — *Clinica Pediatrica*: Francioni, Di Cristina, Pacchioni, titolari; Cozzolino, Allaria, supplenti. — *Urologia*: Alessandri, Giordano, Lasio, titolari; Nicolich, Taddei, supplenti. — *Clinica delle Malattie Nervose*: Mingazzini, Negro, Rossi, titolari; Colella, Neri, supplenti. — *Patologia e Clinica Pediatrica*: Di Cristina, Francioni, titolari; Cozzolino, Allaria, supplenti. — *Medicina Operatoria*: Nigrisoli, Parlavecchio, Catterina, titolari; Padula, Rossi Baldo, supplenti. — *Patologia Chirurgica*: Perez, Fichera, Ferrarini, titolari; Gatti, Purpura, supplenti. — *Clinica delle Malattie delle vie Urinarie*: Alessandri, Giordano, Lasio, titolari; Taddei, Nicolich, supplenti. — *Clinica Dermosifilopatica*: Bosellini, Pasini, Radaelli,

titolari; Cappelli, Philipson, supplenti. — *Clinica Otorinolaringoiatrica*: Citelli, Ferreri, Caldera, titolari; Lasagna, Calamida, supplenti. — *Ortopedia*: Putti, Dalla Vedova, Galeazzi, titolari; Maragliano Dario, Palagi, supplenti. — *Odontoiatria e Protesi Dentale*: Beretta, Fatoli, Chiavaro, titolari; Rovida, Perna, supplenti. — *Anatomia ed Istologia Patologica e Anatomia Patologica*: Dionigi, Pianese, Cesaris Demel, titolari; Fabris Aldo, Vanzetti, supplementari. — *Patologia e Clinica Oculistica*: Cirincione, De Leto, Pes, titolari; Bietti, Lodato, supplenti. — *Clinica Ostetrico Ginecologica*: Ferroni, Sfameni, Pestalozza, titolari; Bertino, Alfieri, supplenti. — *Chirurgia Orale e Stomatologia*: Beretta, Fatoli, Chiavaro, titolari; Rovida, Perna, supplenti. — *Patologia speciale medica*: Boeri, Ceconi, Ascoli Maurizio, titolari; Livierato, Gasbarrini, supplenti. — *Patologia Esotica*: Lustig, Gabbi, Franchini, titolari; Canalis, Di Cristina, supplenti. — *Clinica Oculistica*: Cirincione, De Leto, Pes, titolari: Bietti, Lodato, supplenti. — *Radiologia Medica*: Busi, Ghilarducci (ora def.), Maragliano Vittorio, titolari; Bertolotti Perussia, supplenti. — *Farmacologia e Tossicologia*: Giacosa, Sabbatani, Benedicenti, titolari; Baldoni, Chistoni, supplenti. — *Storia della Medicina*: Marinotti, Giordano, Corsini, titolari; Bilancioni, Messedaglia, supplenti. — *Chimica Fisiologica*: Lo Monaco, Costantino, Bottazzi, titolari; Herliztka, Rossi, supplenti. — *Patologia Generale*: Lustig, Morpurgo, Bignami, titolari; Centanni, Sacerdotti, supplenti. — *Medicina del Lavoro*: Devoto, Pieraccini, Patrizi, titolari; Ranelletti, Peri, supplenti. — *Fisiologia Sperimentale*: Foà, Rossi, Grandis, titolari; Baglioni, Quagliarello, supplenti. — *Crenoterapia*: Devoto, Masini, Marfori, titolari; Zoia, Piccinini P., supplenti. — *Psichiatria*: Fragnito, Lugaro, Belmondo, titolari; Donaggio, Tambroni, supplenti.

Nell'Università di Milano.

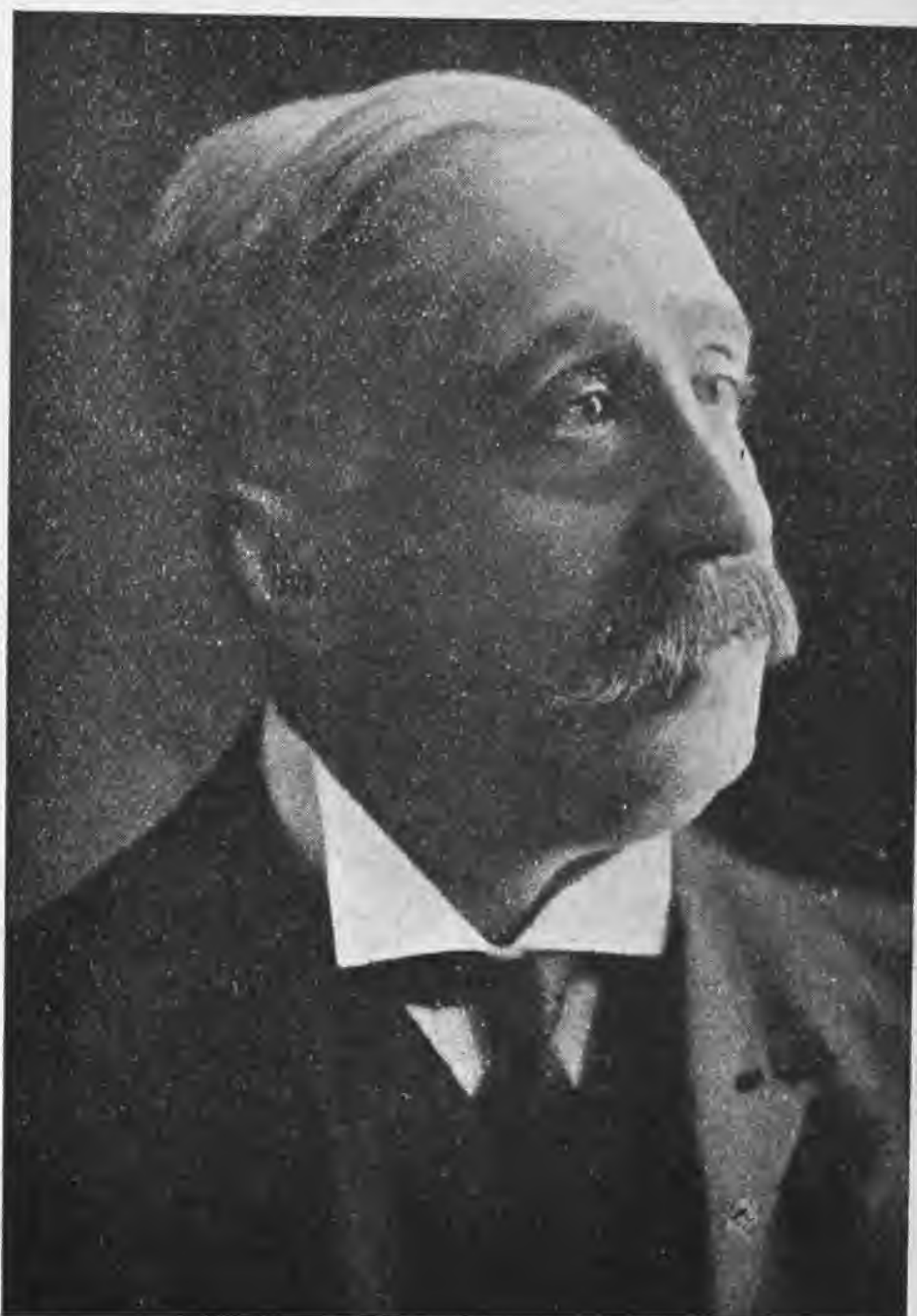
Con R. Decreto 23 ottobre 1924, su proposta del ministro della P. I., il sen. Luigi Mangiagalli è confermato nella carica di rettore per il triennio 1 dicembre 1924-30 novembre 1927. Le cattedre della Facoltà medica sono state così assegnate:

Di ruolo: Clinica medica generale, Luigi Zoja; chirurgica generale, Baldo Rossi; ostetrico-ginecologica, Luigi Mangiagalli; dermosifilopatica, Agostino Pasini; malattie professionali, Luigi Devoto; malattie nervose e mentali, Carlo Besta; ortopedica, Riccardo Galeazzi; odontojatrica, Gaetano Fasoli; Istituto di fisiologia, Carlo Foà; di anatomia umana normale, Ferdinando Livini; di patologia generale, Piero Rondoni; di anatomia patologica, Alberto Pepere.

Incarichi: Istituto di patologia speciale medica, Domenico Cesa-Bianchi; di patologia chirurgica, Giovanni Castiglioni; di igiene, Enrico Ronzani; Fisiologia e propedeutica ostetrica ed insegnamento per le levatrici, Giuseppe Fossati; Psicologia sperimentale, Casimiro Doniselli; Eugenetica, Serafino Patellani; Anatomia topografica, Angelo Cesare Bruni; Batteriologia e immunologia, Serafino Belfanti; Clinica malattie epidemiche e contagiose, Giovanni Polverini; Radiologia, Felice Perussia; Semeiotica delle malattie nervose, Eugenio Medea; Id. medica, Umberto Carpi; chirurgica, Andrea Majocchi; Istologia patologica generale, Costanzo Zenoni; Zoologia e anatomia comparata, Rina Monti; Botanica, G. Battista Traverso; Chimica, Giuseppe Bruni; Fisica, D. Murani; Medicina operatoria, Francesco Crosti; Diagnostica oftalmica, Carlo Baslini; Clinica urologica, Giovanni Lasio; Tisiologia, Gaetano Ronzoni.

Sarà provveduto per le cattedre di clinica oculistica, farmacologia, clinica otorinolaringoiatrica, pediatrica e medicina legale.

MEDAGLIONI.

Edoardo Maragliano.

Di origine ligure, ebbe i natali in Genova il primo giugno 1849. Dal padre suo avviato agli studi classici, e iscritto poi alla Facoltà di Medicina, fece i primi corsi nella città natale, e i seguenti a Napoli: dove tra i discepoli del Tommasi e del Cantani, conseguiva, per merito, la laurea nell'anno 1870.

Ritornato alla sua città vi prestò Ufficio di Assistente nella Clinica Medica, che Enrico De Renzi indirizzava a quel rifacimento continuato poi vigoroso da Maragliano, e condotto all'apogeo.

Vinse per concorso la cattedra di Clinica Medica a Cagliari l'anno 1875. Dal 1875 al 1880 dettò applaudite lezioni cliniche di neuro-pa-

tologia nelle corsie dell'Ospedale dei Cronici; e dal 1877 fu incaricato dell'insegnamento della patologia generale fino al 1881-82. In quell'anno il Prof. De Renzi essendosi trasferito alla sua Napoli, il Maragliano gli succedeva, ed allora vi tenne fino ad oggi l' Ufficio di Professore ordinario di Clinica Medica generale.

La Clinica intensificò di attività per crescente affluenza di studentesca, per produzione di studi, e si venne arricchendo della suppellettile scientifica più moderna e perfezionata per le indagini dei laboratori e delle sale. Dalla Clinica operosa uscirono Queirolo, Livierato P., Castellino, Lucatello, Devoto, Jemma, Livierato Spiro professore ordinario di Clinica Medica in Atene.

Preside di Facoltà per 7 anni; Membro del Consiglio Superiore della P. I. per 5; da parecchi lustri appartenente al nostro Consiglio Sanitario Provinciale, il Maragliano portò il consiglio e l'opera sua non solo in questioni tecniche, ma anche in politica e in problemi sociali. Nel 1872 creava la Società Ligure di salvamento e vigilanza dei naviganti e di coloro che corrono i rischi del mare. Ebbe sempre a cuore l'educazione del popolo, e l'assistenza sanitaria dei lavoratori e delle loro famiglie. Fu candidato politico dei liberali e democratici. Dal 1900 appartiene al Senato del Regno, alle cui tornate ha preso spesso parte nella discussione dei bilanci di vari dicasteri.

Fu Delegato del Governo al Congresso Internazionale della tubercolosi a Berlino del 1902; al Congresso Medico al Cairo del 1903; al Congresso Intern. di Madrid nel 1904.

Dal 1906 al 1916 il Consiglio Accademico della Università di Genova lo riconfermò ripetutamente nell'alto Ufficio di Magnifico Rettore. In quel decennio di fervente lavoro furono stabilite le Convenzioni per il rinnovamento edilizio degli erigendi Istituti Biologici e Clinici Universitari; e fu da Lui presieduta la Commissione per la costruzione del nuovo Ospedale, che oggi sorge a S. Martino, ammirato per la modernità e bellezza. Quando Maragliano aveva lasciato spontaneamente il Rettorato, nel 1916, tutto il lavoro di preparazione per edificare la nuova Città Ospedaliera era compiuto: raccolti i fondi, bandite e assegnate le Imprese, per la edificazione di un'opera che supera ogni altra d' Europa.

Inoltre il Maragliano fondava l' Istituto per lo studio delle malattie infettive, e per la produzione italiana dei prodotti biologici da applicare alla terapia, vaccinazione, ecc. L'Istituto ha oggi un edificio proprio, costruito nelle vicinanze dell'Ospedale di S. Martino, e gli studi e le ricerche fattevi continuano ad essere pubblicate nei rinnovati « Annali di Patologìa Applicata alla Clinica, Immunità, ecc. », annali diffusi e ricercati dal mondo scientifico internazionale.

Maestro vigile, esigente la frequenza della scuola, continuò ad essere seguace del metodo positivo sperimentale, e avviò i giovani alla retta osservazione e investigazione scientifica, presso il capezzale dell' infermo. Li richiamò, con il Baccelli, alla suprema necessità della sintesi, dando però il valore relativo alla ricerca analitica che è la via, ma non è la mèta del clinico. Del Baccelli fu devoto e fedele amico, e a lui successe nella Presidenza della Società Italiana di Medicina Interna da quando l' Illustre clinico mancò.

Il nome del Maragliano è principalmente legato alla lotta contro la tubercolosi. Egli per primo nel 1895 a Bordeaux aveva preannunciata l'esistenza delle sostanze difensive specifiche antitubercolari, e la possibilità di sperimentalmente crearle nell' ambiente organico degli animali, per quindi trasportarle alla clinica umana, a benefizio dei pazienti. La verità non da tutti allora riconosciuta, ebbe poi conferma dagli studi dei ricercatori italiani e stranieri. Nel 1903 a Madrid, nell'agosto 1906 a Lione, e nel settembre dello stesso anno in Olanda, all'Aja, tra i Delegati delle Nazioni intervenute nel « Binnenhof », con parola convincente, in sintetiche relazioni richiamava l'attenzione su un altro punto della lotta contro la tubercolosi: quello relativo alla ricerca ed alla conoscenza dei mezzi con cui l'organismo può, naturalmente, difendersi, e di quelli che possono in lui creare immunità, con la produzione di un focolaio di flogosi tubercolare in un punto periferico del corpo. Egli dimostrava allora come questi innesti determinassero la produzione di materiale antitossico, antibacterico, agglutinante che immunizzava l'animale a tal punto che questo restava insensibile ad iniezioni endovenose di materiale bacillare che certamente uccideva il controllo. Nelle stesse Conferenze il Maestro accennava ai suoi primi tentativi di vaccinazione nell'uomo, manifestando la convinzione che, come si era riusciti ad immunizzare gli animali, così certamente si sarebbe potuto immunizzare l'uomo. E negli anni seguenti acquisiva nuovi fatti instancabile nella indagine, sempre sulla breccia, ancora solo con la sua fede e con la sua scuola contro una folla di diffidenti e di paurosi. Fu grande soddisfazione al Maestro della Clinica Genovese vedere infine riconfermati i risultati dei suoi studi.

Senza entrare in altri dettagli questo sinteticamente si deve dire: Che gli studi della Cli-

nica Genovese hanno creato un nuovo capitolo della patologia della tubercolosi che l'ha rivoluzionata ed ha segnati nuovi orizzonti.

A questo sovratutto Maragliano ha sempre detto di tenere e si è mostrato sempre spiacente che si circoscrivesse l'opera sua alle applicazioni terapeutiche possibili ed alla sieroterapia, mentre che la parte fondamentale dei suoi studi è quella che ha creato nuovi orizzonti alla patologia ed alla clinica delle malattie tubercolari, e la Facoltà Medica di Lione gli volle perciò conferita la laurea *honoris causa* nel 1922.

La sua produzione non si arrestò dopo che vide coronato il suo sforzo giovanile, e i primitivi oppositori ricredersi e reverenti accostarsi a lui; anzi la sua attività parve moltiplicarsi, e dopo avere dettate leggi oramai fondamentali sulle alterazioni regressive del sangue, sconvolgeva il capitolo delle nefropatie ricostruendolo sulla scorta delle osservazioni cliniche comparate con i reperti anatomo patologici. Il Maragliano col Cantani dà vita al solo grande testo di Patologia Medica veramente italiano; e segue con paterna cura i lavori sul ricambio azotato intermedio e su tutti gli argomenti più recenti dei più giovani, e li controlla, veramente instancabile nel propugnare il lavoro fonte di progresso come nel campo sociale così pure in quello medico. Il buon seme gettato a tante generazioni di allievi fece frutto, ed ora egli vede i suoi figli spirituali occupare degnamente posti importantissimi.

Durante il periodo bellico l'opera del Maestro fu svariatissima e attiva: egli si curò dell'ordinamento e funzione degli Ospedali Militari, nonchè dell'assistenza fisica e morale dei soldati e loro famiglie, con le sue fiorenti istituzioni: col «Pro-Patria» e la «Casa del Soldato».

Nel settembre del 1915 assunse l'Ufficio di Consulente di Corpo d'Armata, con il grado di Maggiore Generale Medico; successivamente fu nominato Ispettore Straordinario per i provvedimenti antitubercolari per l'Esercito. Fu professore di Clinica Medica Militare a Padova, per delegazione dei Ministeri della Guerra e della P. I.; l'opera sua di Consulente ed Ispettore si svolse in zona di guerra e di operazioni, e si continuò con la organizzazione dei reparti di accertamento per la tubercolosi, istituiti nel Regno a difesa dell'Esercito. L'opera in zona di operazione gli valse la Croce di Guerra, e nelle feste del 28 giugno u. s. dopo la lezione di commiato, accennando alla Croce di Guerra conferitagli, non esitò di affermare esser quella per lui la più cara e gradita delle insegne.

Il Maestro promette ancora un'opera attiva polarizzata verso un insegnamento perfezionatore dei suoi studi prediletti specialmente. Egli perciò continuerà a dare alla società dolorante la sua fede e la sua opera di clinico e di filantropo, e resterà ancora Maestro di antiche e di nuove generazioni, instauratore di una Clinica Medica Generale elevatissima e celebrata.

L. C. M.

NOTIZIE DIVERSE.

I lauri del Palatino ai Medici caduti in guerra.

Per la consegna dei lauri del Palatino al carro simbolico che dovea portarli ad adornare il monumento ai medici caduti in guerra, elevato in Firenze, si è svolta in Roma, nella sala di Santa Francesca Romana, una commovente cerimonia che ha riunito in un rito di amore autorità, medici e rappresentanti delle vedove dei caduti.

La cerimonia si è iniziata con un nobile discorso del senatore Giacomo Boni il quale ha detto:

«Le fronde crespe e sempre verdi del *laurus nobilis*, cresciute nel bel sole di Roma, sul colle di Evandro, centro d'irradiazione della civiltà latina, che voi porterete alla Scuola di sanità militare di Firenze, quale offerta della madre Roma al monumento del medico caduto in guerra, simboleggiano la divinità del Sole, scaturigine del supremo dei beni, la salute agli umani.

«Il sole uccide gli invisibili» mi ripeteva il comandante dell'esercito inglese, Lord Kitchener, percorrendo il clivio della Via Sacra, ombreggiata di lauri e di mirti, e ricordando il motto dei nostri antichi padri indo-ariani dell'età vedica che il lauro veniva usato da Apollo nel purificare il matricida Oreste sull'*omphalos di Delfo*, centro di propagazione delle stirpi elleniche e che le fronde cingevano le tempie dei combattenti, al seguito del carro trionfale e della processione che ne glorificava le gesta del trionfo ed espiava gli omicidi legali commessi in guerra.

Oltre che dei riti purificatori e dei simboli vegetali sacri a particolari divinità salutari, gli antichi tenevano gran conto di molte piante, delle quali una esperienza millenaria ed un misterioso istinto divinatorio acuito dalla memoria ereditaria aveva riconosciuto le virtù medicamentose.

I due chirurgi Polidario e Machaon, figli di Esculapio e nipoti di Apollo che seguivano l'esercito greco assediante Troia, dopo aver estratta una punta di freccia, succhiavano la ferita e la cospargevano di polvere d'erbe aromatiche, perchè rimarginasse più facilmente.

Una di queste erbe, il *teucrium marum*, porta ancora il nome del nobile cretese e principe troiano cui era dedicata da 12 secoli avanti Cristo e vegeta rigogliosa sul Palatino, dove esalta nel

gran sole un aroma che, giudicato dall'azione benefica sulle mucose nasali, parrebbe un disinfettante più energico del mentolo. Aggiunsi il *teucriuo* alla bora palatina, col dittamo cretese e con molte altre piante salutari, venerate dagli antichi e create da divinità benefiche alla specie umana; propago nel *viridarium palatinum* altre specie medicamentose utilizzate sino dall'età arcaica per guarire le malattie e le ferite.

Sono lieto di offrire a voi, medici italiani, alcune rame di lauro del Palatino per deporle sul monumento al medico caduto in guerra, eretto nella Scuola di Sanità militare di Firenze, onorando così la memoria di innumerevoli colleghi vostri, sacrificatisi fin dall'età omerica nel render meno dolorose e spietate le guerre e nell'offrire la vita in soccorso dei loro fratelli combattenti e nel beneficare l'umanità tutta quanta col salvare moltitudini di giovani vite generose dalla morte più crudele, per restituirle alla famiglia ed alla Patria ».

A lui ha risposto con nobili ed elevate parole il generale Santucci il quale ha esaltato l'amore dell'assistenza dei medici ai combattenti nelle trincee e negli ospedali, e la bellezza dell'offerta dei lauri e del pensiero di Giacomo Boni alla loro memoria. Hanno parlato in seguito l'on. Sandrini ed il prof. Baduel, rappresentante della Croce Rossa Italiana, i quali con acconce parole hanno esaltato il sacrificio che si glorifica.

Erano anche presenti il prefetto, il prof. Pediconi in rappresentanza del Commissario regio e la Presidenza delle madri e vedove dei caduti, il senatore Pestalozza, il prof. Gallenga Pietro, la rappresentanza dei mutilati, quella del Nastro Azzurro, la rappresentanza degli ex-soldati di Sanità i quali si onorano di avere avuto fra loro una medaglia d'oro, le infermiere volontarie della Croce Rossa Italiana, il direttore generale di Sanità del Corpo d'Armata di Roma, colonnello Riva, il comandante la Divisione di Roma, generale Barco, il prof. architetto P. Lombardi, ideatore della decorazione del carro, lo scultore prof. G. G. Nicoletti e il cav. O. Barberito che hanno pure dato la loro opera artistica e tecnica e molti e molti altri che affollavano la grande sala.

La cerimonia si chiuse col dono di lauro agli intervenuti.

Il magnifico carro, onusto dei lauri romani, ha compiuto la sua sacra marcia trionfale verso la floria fiorentina attraversando l'Umbria, accolto ovunque con manifestazioni commoventi dalle autorità e dalla popolazione.

Mentre il giornale viene stampato si svolge la grandiosa cerimonia di Firenze. Ne daremo notizia nel prossimo numero.

Congressi medici.

Degli importanti Congressi medici, da noi annunziati e che si sono svolti negli scorsi giorni, pubblicheremo i resoconti a partire dal prossimo numero.

Il decentramento dell'assistenza ospitaliera.

La Deputazione provinciale di Milano, in seguito al decreto-legge per il decentramento dell'assistenza ospitaliera, ha inviato il seguente telegramma al Presidente del Consiglio e al Ministro dell'Interno: « La Deputazione provinciale di Milano, plaudendo all'energico intervento del Governo nell'ardua questione locale, ringrazia per la geniale soluzione del problema riguardante il decentramento ospitaliero lombardo, affrancazione del nosocomio sforzesco dagli oneri dell'assistenza ai comuni e garanzia di sviluppo degli ospedali nell'interesse della scienza e della collettività ».

Gare d'Igiene nelle scuole elementari di Roma.

A Roma su proposta dell'ufficiale sanitario prof. G. Pecori, l'on. R. Commissario ha deliberato, per l'imminente anno scolastico, l'istituzione di speciale Gare d'Igiene a premi fra le singole scuole elementari comunali, fra le varie classi ed i relativi insegnanti e fra gli alunni del corso superiore, erogando a tale scopo un primo fondo di lire ventimila.

Una apposita Commissione compilerà il dettagliato programma delle gare.

Nella stampa sanitaria.

« Medicina » è un promettente periodico mensile d'igiene e previdenza sociale, che ha iniziato le sue pubblicazioni a Caltanissetta, sotto la direzione del prof. Luigi Sagone, coadiuvato e assistito da un comitato di redazione; è impresso coi tipi della Tipografia Riccioni di San Marco. Un augurale saluto.

Il Comitato Romano contro la Tubercolosi ha iniziato la pubblicazione di un Bollettino mensile, che rispecchia la fattiva e fervida operosità dell'istituzione, la quale è presieduta dal prof. V. Ascoli e di cui è *magna pars* il prof. Ugo Mariotti.

Si può richiederlo alla sede del Comitato (via Galilei, 25 - Roma). Vi si attingeranno utili informazioni e incentivi; pertanto lo raccomandiamo vivamente.

In onore di Agostino Bassi.

In seguito al voto espresso dalla R. Società Italiana di Igiene, per interessamento del consigliere comunale dott. Arcelaschi la Commissione Municipale di Milano per la denominazione delle vie ha deliberato di intitolare ad Agostino Bassi una via dell'aggregato Comune di Affori.

Corso di erboristeria presso la R. Università di Parma.

Fin dal 1919 l'Università di Parma possiede un Corso speciale per Erboristi, annesso alla Scuola di Farmacia, per iniziativa dei chiarissimi professori Adriano Valenti, farmacologo, e Carlo Avetta, botanico.

È ammesso a frequentare il Corso chi abbia compiuto 18 anni di età, sia fornito di licenza elementare superiore o di un titolo equipollente.

In complesso il tentativo ha fatto buona prova e i chiarissimi professori iniziatori fanno insistenza presso il Ministero della P. I. perchè istituisca permanente tale Corso, almeno presso alcune scuole di Farmacia.

Per la lotta contro il cancro.

L'Associazione Italiana per l'Igiene, allo scopo di contribuire all'attuale movimento di benefica propaganda per la lotta contro il cancro ed assicurare larga applicazione all'inchiesta sanitaria sui tumori maligni promossa dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica, ha pubblicato un utilissimo volumetto dal titolo: «Una grave minaccia. Il cancro! Ciò che il pubblico deve sapere». Ne è autore il dott. Eschilo Della Seta.

In questo volumetto sono esposti in linguaggio semplice e facilmente comprensibile anche ai profani, alcuni fatti importanti riguardanti il cancro, la sua frequenza, i suoi sintomi iniziali, i fattori predisponenti. Esso ha lo scopo di educare il pubblico a prestare immediata ed intelligente attenzione ai primi sintomi della malattia e a richiedere il pronto intervento del medico, condizione indispensabile per una esatta diagnosi precoce e per una cura efficace.

Gli Enti, le Associazioni di assistenza e tutti coloro che si occupano della propaganda per la salute, possono avere una copia della pubblicazione richiedendola alla Segreteria della Associazione per l'Igiene - Via Vittorio Veneto, 96 - Roma (25).

Per lo studio del gozzo endemico.

Nel Convegno per lo studio del gozzo-endemico, tenutosi presso il Consiglio provinciale di Sondrio il 29 settembre u. s., il prof. Ettore Levi, direttore dell'Istituto Italiano l'Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale, ha comunicato di aver ricevuto la generosa donazione di L. 25,000 dal benemerito industriale lombardo comm. Achille Brioschi. A questa generosa offerta ne ha fatto seguito subito un'altra di L. 5000 per parte della Casa Hoffmann La Roche, di Milano.

Il prof. Levi, in base a tali importanti donazioni, ha annunziato la creazione di una *Fondazione Achille Brioschi per lo studio del gozzo endemico*, che verrà amministrata dall'Istituto stesso, a seconda del piano scientifico che verrà preparato da apposita Commissione (prof. Achille Monti, prof. Besta, prof. Ugo Cerletti) e concretato in un prossimo Convegno da tenersi in Milano.

Tutti coloro che vorranno contribuire, moralmente ed economicamente, alla Fondazione, potranno inviare adesioni e contributi alla *Direzione dell'Istituto Italiano d'Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale*, palazzo Sciarra, via Minghetti, 17, Roma (1).

Le croci Rosse Italiana e Americana.

Si apprende che la Croce Rossa Italiana e l'Americana hanno concordato che i Comitati centrali e regionali di ciascuna di esse, su presentazione della tessera di socio dell'altra Società, aiutino il presentatore della medesima, con i loro consigli, in tutte le questioni di igiene e di sanità, e con la loro influenza presso gli enti governativi, locali o privati per facilitare così la di lui residenza nel paese. Questo aiuto reciproco di ciascuna Società Nazionale di C. R. ai soci dell'altra non comprende in alcun caso l'assistenza finanziaria.

È questo un passo importantissimo che, iniziato dal sen. Ciraolo, sarà veramente proficuo per lo sviluppo d'ogni attività d'ambedue le Croci Rosse, affratellate pel bene della umanità. (Dall'*Avvenire Sanitario*).

Per l'assistenza manicomiale negli Stati Uniti.

Lo Stato di Nuova York ha votato uno stanziamento di 100 milioni di dollari, pari ad oltre 2 miliardi di lire ital., per provvedere ai Manicomi. Lo scorso anno lo stanziamento era stato di 50 milioni. Il capo edile, Sullivan Jones, ha dichiarato che per provvedere a tutti i bisogni occorrerebbe uno stanziamento di 150 milioni di dollari annui per un decennio. È annunziata la costruzione di tre nuovi Manicomi. (*El Siglo Medico,* 11 ottobre 1924).

Incendio in un ospedale nord-americano.

Il 29 settembre divampò un formidabile incendio nell'Ospedale Ebreo di Brooklyn, che ospita oltre 200 infermi. Le sale operatorie vennero investite dal fuoco mentre i chirurgi operavano; poco dopo lo sgombro improvvisato, crollavano. Non si lamentano vittime. (*El Siglo Medico,* 4 ottobre 1924).

Per Lord Lister.

A Londra, sulla Portland Place, è stato eretto un busto colossale del Lister, in bronzo, su basamento granitico. Vi si vedono una figura di donna, che rappresenta l'umanità che addita Lister, ed una figura di bimbo che protende un serto di fiori. Vi si leggono tre parole: Lister, Chirurgia, Scienza.

Nell'occasione dell'inaugurazione un fondo di circa 60,000 lire sterline è stato erogato per l'incremento delle scienze e della chirurgia.

Per una biblioteca medica.

Una sottoscrizione in onore del prof. Léon Stiénon, allorchè fu nominato professore onorario dell'Università libera di Bruxelles, aveva fruttato 55,000 franchi belgi, che sono stati destinati alla Biblioteca universitaria di Bruxelles: il reddito della somma dovrà servire esclusivamente per assumere abbonamenti ai principali periodici di medicina. Ecco una deliberazione che gli studiosi e studenti di medicina apprezzeranno e che ci auguriamo trovi imitatori.

Giornate mediche marocchine.

Avranno luogo al 26 al 29 dicembre a Casablanca-Rabat; tra i temi in discussione sono: la lotta contro il cancro; la chirurgia del cancro; il cancro al Marocco; l'amebiasi; l'amebiasi al Marocco; fabbricazione della Chinina di Stato; compito del mattatoio nell'igiene cittadina moderna. Il convegno è posto sotto il patronato del comandante Lyautey.

Medici spagnoli in Inghilterra.

Un gruppo di medici spagnoli ha fatto un giro d'istruzione medica in Inghilterra; ha assistito al Congresso annuale dell'Associazione Medica Britannica: in tale occasione parlarono i dottori Rosell e San Ricart y Prà Armengol.

La nuova Università di Innsbruck.

Venne inaugurata con grande solennità; risulta di un edifizio grandioso, ove sono allogati tutti gl'insegnamenti salvo i corsi di clinica, che si svolgono nei vecchi ospedali; le spese vennero sostenute quasi per intero dallo Stato; solo in misura minima vi hanno contribuito la città e i comuni prossimiori.

Sanatorio per studenti in Francia.

Ad iniziativa della sezione medica dell'Associazione generale degli studenti francesi sta per sorgere a 18 chilom. da Grénoble un Sanatorio, destinato agli studenti tubercolitici. L'ex Ministro dell'Igiene, Paul Strauss, ha favorito l'iniziativa, per la quale sarà utilizzato il Sanatorio dell'« Union hospitalière Sud-Est ».

Un banchetto del "Lancet".

Il *Lancet* ha offerto un banchetto ai medici stranieri recatisi a visitare l'Esposizione dell'Impero Britannico; l'invito fu accolto da circa sessanta ospiti; presiedeva il direttore (chairman), sir Ernest Hodder-Williams; il redattore capo (editor), sir Squire Sprigge, tenne un discorso, in cui rilevò che, mentre cento anni or sono le comunicazioni dall'estero fecero una timida apparizione nel *Lancet*, oggi questo tende sempre più ad universalizzarsi, come altri confratelli, in cui pulsa ormai la vita di tutto il mondo medico: citò in proposito il *Journal A. M. A.*

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali (S). L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXXI Roma, 17 Novembre 1924 Fasc. 46

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

I CONGRESSI DEL GIORNO.

XXX Congresso di Medicina Interna.

Milano 28-31 *ottobre* 1924.

Il 28 ottobre alle ore 10 nell'Aula Magna degli Istituti Clinici in via Commenda 12 sotto la presidenza del sen. Maragliano venne inaugurato l'annuale Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

Erano presenti il sindaco sen. Mangiagalli, rettore della nuova Università di Milano, la maggior parte dei clinici italiani, delle più note personalità mediche milanesi ed i rappresentanti del Ministero della Marina e della Guerra.

Prende per primo la parola il sen. Mangiagalli il quale, come sindaco di Milano e come rettore della Università, lieto che sia stata Milano scelta come sede del Congresso, porta il suo saluto riconoscente ed augurale a tutti i congressisti.

Parlano brevemente il prof. Devoto, presidente dei Congressi Medici Riuniti ed il prof. Rossi, presidente della Società Italiana di Chirurgia.

Infine il sen. Maragliano legge il seguente discorso:

Discorso inaugurale del prof. Maragliano.

Qui in questa meravigliosa terra di Lombardia dove nel tempo fu concepita, oggi la Società di Medicina Interna, compiendo il primo giubileo di sua vita, inizia festante i lavori della sua trentesima annuale riunione.

Fu infatti a Pavia che i maestri della Clinica Italiana ivi riuniti, in un giorno ormai lontano, la concepirono: sono i Maestri odierni delle Scuole Mediche Italiane, che nella pienezza della sua virilità la hanno oggi qui tratta, onde rendere omaggio al novissimo tempio della Scienza Italiana, che Milano ha innalzato, attuando con decisa volontà l'ardito disegno, con sentimento di elevato civismo da Luigi Mangiagalli.

Essa così cinse la fronte del più nobile serto nobiliare che potesse ambire, a premio della sua continua ascesa nei campi del lavoro e della civiltà.

All'insubre Ateneo ci inchiniamo ammirati, riverenti, alla sua Facoltà Medica porgiamo fraterno saluto. È con grande simpiatia che ne furono seguiti gli inizi felici, prima con la celebrata clinica ostetrico-ginecologica, poi con quella per le malattie del lavoro che Mangiagalli con fine accorgimento propiziò. Egli comprese che nella città del lavoro e dei lavoratori, istituendosi nuove scuole mediche, una dovesse e la prima, incarnare la sollecitudine della scienza, la sollecitudine degli operai della mente per gli operai del braccio. E con intuito di scienziato sentì che solo un Maestro provetto di Clinica Medica avrebbe potuto dirigere una Clinica siffatta che in sostanza sarebbe stata una vera Clinica Medica, per quanto all'uopo specializzata e la affidò a Luigi Devoto il quale mosso da quelle idealità umanitarie che hanno sempre guidati i suoi atti qui venne e fece di Milano una adorata patria di adozione, rinunziò a coprire cattedre di Clinica Medica in Università cospicue cui i concorsi vinti lo chiamavano e la nuova Scuola colla sua

guida divenne focolaio fecondo di studi, di produzione e di figliolanza scientifica mentre crebbe alle cliniche milanesi favore e notorietà. Da siffatti inizi il disegno di Mangiagalli si svolse, ed ora, completato finalmente in ogni sua parte la nuova facoltà viene a sedersi sicura fra le Facoltà sorelle, mentre il Paese rivolge ad essa fiducioso lo sguardo, convinto che nella esplicazione dell'alto suo compito, saprà ispirarsi allo spirito pratico della nobile regione in cui sorge.

Il Paese ben sa che le Università debbono essere, sì, centri di alta cultura e vuole che lo siano, ma vuole altresì che i giovani vengano in esse addestrati ad utilizzare questa cultura per i bisogni della vita e della società; vuole che agli insegnamenti scientifici puri seguano bene organizzati quelli che apprendono ad applicarli praticamente. È noto ad esempio che l'esame degli infermi richiede via via che le varie branche biologiche progrediscono, precise conoscenze tecniche e materiale tecnico adeguato; che i sempre numerosi nuovi metodi curativi richiedono svariati apparecchi strumentali e conoscenze esatte sul modo di valersene e di applicarli.

È tutto, insomma un nuovo mondo, una colluvie di mezzi e di esigenze che creano nuovi bisogni, nuovi orizzonti che domandano menti rotte all'azione, non irrigidite in pure speculazioni dottrinali e schiave di determinati dogmi, è una vita nuova che si deve svolgere in ambienti nuovi, in Istituti specializzati, che richiede mani addestrate al lavoro, intelletti educati alle esigenze della vita che si vive con una chiara visione delle finalità che si devono raggiungere. Questo può fare, questo deve fare Milano dappoichè nelle Università Italiane non è per anco penetrata la convinzione della necessità di farlo. È Milano che deve dare all'Italia l'Università, nuova di cui l'Italia ha bisogno. La legislazione universitaria oggi provvidamente informata alla visione di tante necessità, ha dato agli Atenei larga libertà di organizzazione interna. Ma pure, da quanto fu testè asserito ufficialmente che l'antica mentalità accademica voglia mantenersi stretta negli antichi confini e non abbia nelle proposte dei rispettivi statuti universitari, creduto di adottare per la organizzazione degli studi, innovazioni corrispondenti allo spirito ed ai bisogni della vita moderna, quasi che i metodi fin qui seguiti debbano essere eternamente immutabili, mentre tutto si muove, tutto si rinnova intorno a noi. Il fremito di vita gagliarda che qui in questa terra operosa ha suscitato tante recondite energie, onde uscirono tante correnti fecondatrici nel campo della carità, della previdenza, delle industrie e dei commerci: questo fremito agiti gli Istituti universitari milanesi e li renda pur essi modernamente utili alla vita del Paese. E Milano si faccia anche Università Nazionale, accanto agli insegnamenti programmatici dati dai rispettivi titolari, inviti Maestri d'ogni parte d'Italia a dettarvi transitoriamente qualche breve corso speciale di argomenti in cui abbiano riconosciuta competenza. Così le scolaresche non più strette come oggi accade, in confini creati dalla mente di un solo Maestro, al contatto degli intelletti più alti di tutto il Paese impareranno a conoscere il valore scientifico nazionale, fuori ed al disopra di tutte le meschine competizioni accademiche, e si plasmeranno una mentalità propria.

In tale modo si formerà quella coscienza scientifica nazionale che finora manca in Italia; mancanza che spesso ci mette in posizioni umilianti innanzi agli stranieri, che trovano sempre nelle competizioni scientifiche italiani alleati ad essi, contro italiani.

Ed ora che torrenti di sangue nobilissimo versato dalle rupi del Carso a Vittorio Veneto hanno fatto conoscere al mondo quello che l'Italia vale e può: ora che il Governo Nazionale sa mettere in valore all'estero la forza e la potenza della stirpe è urgente che questa coscienza scientifica nazionale si plasmi e si affermi, che da essa gli studiosi italiani traggano la fiducia e l'orgoglio della propria forza, per esercitare al di fuori quella influenza culturale che hanno il diritto ed il dovere di esercitare nell'interesse della Nazione. Ed indubbiamente la eserciteranno se metteranno concordemente in valore l'opera che hanno compiuta e che compiono i lavoratori nostri.

Nel campo della medicina puossi asserire altamente che le varie sue branche ebbero ed hanno in Italia cultori valorosi, illustratori, fecondatori e creatori. E se i medici italiani invece di cercare avidamente in tante, e spesso inutili e non sincere pubblicazioni straniere cose nuove, seguissero con amore il movimento scientifico italiano e sovratutto i rendiconti dei nostri convegni troverebbero spesso che tante e tante cose dal di fuori ammannite come nuove, furono vedute prima da lavoratori nostrani e poi ad essi rubate; si persuaderebbero che la medicina italiana, le sue scuole, i suoi studiosi si sono mantenuti in prima fila nel movimento ascensionale delle cliniche mondiali e ne hanno arricchito il patrimonio non cedendo a nessuna scuola straniera in modernità, ed anche superandola.

Ed invero se per clinica moderna si deve intendere quella in cui si applicano alla conoscenza ed alla cura dell'uomo infermo, tutte le conquiste delle scienze biologiche applicate e si vagliano per mezzo di ricerche originali nei laboratori prima di applicarle, ed applicandole se ne seguono gli effetti ed il valore, misurandoli e scrutandoli con tutti i mezzi di indagine possibili e col più rigoroso tecnicismo, allora miei signori, mi gode l'animo di poter proclamare altamente che la Clinica Italiana sta non solo alla pari delle altre in modernità, ma che da questo punto di vista ha ad esse potuto anche qualche cosa insegnare.

Così fu in Italia, che primamente le cliniche, per lo studio dei problemi speciali che via via sorgono dalla osservazione degli infermi, istituirono nel loro seno laboratori specializzati nelle varie branche biologiche, affidati a competenti cultori di esse i quali a ciascuno per la sua parte, il clinico commette lo spezzamento e l'analisi del fenomeno morboso complesso per addivenire poi alla sintesi dei singoli dati analitici. Perchè come

efficacemente notava testè il clinico di Bologna: «Ogni decomposizione è una deformazione, ogni «fenomeno trasportato in laboratorio vi si immi-«serisce e vi prende un che di artificioso, e qual-«che cosa di essenziale nella verità va perduta: «la clinica poi riafferra il problema nella diu-«turna osservazione originaria e sintetica del fe-«nomeno clinico, del fenomeno genuino intatto «nascente liberamente dalle forze sperimentali «della natura».

Ebbene quando questo si era già fatto in Italia, io percorrendo le varie cliniche Europee non ho trovato alcuna organizzazione consimile, che è stata poi copiata, ma non esiste ancora altrove, in modo così completo come si può trovare in Italia.

E questo è vero modernismo. Che se invece per modernismo clinico si intendesse o da qualcuno si volesse intendere l'annullamento della Clinica, come scuola di ammaestramento alla conoscenza ed alle cure delle infermità umane, per trasformarle in una scuola di qualche branca della biologia pura, dall'uno e dall'altro prediletta, mi credo autorizzato a dire che la clinica italiana respinge un pseudo modernismo di tal fatta, nè solo lo respinge ma lo condanna.

Da quando in Italia Guido Baccelli, Salvatore Tommassi, Arnaldo Cantani, Luigi Concato fecero della clinica una scuola di biologia applicata all'uomo ammalato per la conoscenza dei processi morbosi che lo affliggono, per la cura di essi onde addivenire poi a quella sintesi che solo può farsi al capezzale dell'uomo infermo, in quel giorno la clinica italiana ebbe il crisma di una modernità incancellabile nel durare dei secoli perchè dato questo indirizzo la modernità perenne è assicurata, dappoichè restando fedeli ad esso nulla vi sarà di nuovo che possa sfuggire e che sfugga al suo controllo ed alla sua utilizzazione per le determinate finalità sue. Che così sia stato lo dimostrano nel corso del tempo e nel periodico rinnovarsi dei cattedratici, il continuo progressivo svolgimento delle scienze biologiche. De Giovanni a Padova, Bozzolo a Torino, Murri a Bologna, Rummo, De Renzi e Cardarelli a Napoli, Federici e Grocco a Firenze, Forlanini a Pavia, Riva a Parma le consegnarono fedeli a questo indirizzo ed in sfolgorante modernità ai loro continuatori ed oggi le cliniche italiane tutte, vivono e funzionano in piena modernità. Che se le nostre Cliniche non possono sempre spiegare come vorrebbero la loro azione, è solo per difetto di mezzi da ragioni finanziarie o per vizi di organizzazione universitaria, perchè la maggioranza delle Facoltà mediche italiane spesso contrastano alle Cliniche di ogni genere quella parte che dovrebbero avere nella economia degli studi. Finchè non si comprenderà una cosa molto ovvia a comprendersi, l'opportunità cioè di fare per le Facoltà mediche quello che si è fatto per le Facoltà di scienze, di costituire cioè una parte degli anni di insegnamento, gli ultimi, in scuola *di applicazione degli studi medici*, lasciandone un'altra agli studi biologici puri l'insegnamento clinico non sarà in grado di corrispondere ai propri compiti, malgrado la modernità dell'indirizzo ed il valore degli insegnanti.

Per i titoli con diuturna fatica conquistati la medicina italiana ha oggi certo tutti i requisiti intrinseci per diffondere la sua influenza al di là delle frontiere in competizione con quelle straniere. Mancano però a questa diffusione le condizioni estrinseche perchè si è finora trascurato in Italia di crearle. Attualmente due nazioni padroneggiano la espansione culturale nel mondo. La Germania, per quel feticismo di cui fu circondata, date le benemerenze reali acquistate nel secolo scorso, la Francia sia pel valore grande dei suoi, ma anche per la cura messa a profittare dell'azione politica dei suoi Governi e per il fascino esercitato nel mondo dalla sua capitale. Nulla la scienza medica francese ha trascurato per attrarre alle sue scuole gli stranieri, per diffondere nei paesi stranieri la sua influenza.

L'istituzione di lauree speciali per i forestieri che frequentano le sue Facoltà, le scuole di medicina create in Levante, l'estensione al di là delle frontiere delle sue istituzioni scientifiche, la liberalità con cui i lavoratori stranieri sono ammessi nei suoi Istituti, la rimozione di tutti i vincoli ed inciampi accademici che potevano impedire ai forestieri l'ammissione alle scuole universitarie; tutto fu organizzato per trarre da ogni Paese gli studiosi nella sua orbita, per diffondere in ogni Paese la convinzione della superiorità degli scienziati e dei professionisti francesi. Così vediamo che i Congressi Medici Nazionali Francesi periodicamente si portano nei paesi limitrofi di lingua francese: Svizzera e Belgio, mentre accolgono anche medici di ogni parte del globo nel loro seno: le Facoltà mediche francesi spesso nominano a titolo d'onore scienziati stranieri quali loro diplomati, giornali medici francesi si riproducono fuori della Francia, e la Società di biologia di Parigi ha persino creato sezioni filiali in Belgio, in Russia a Pietrogrado, in Spagna a Barcellona, in Grecia ad Atene, in Serbia, nel Canadà, in Portogallo, nel Brasile, nella Repubblica Argentina, in Danimarca, in Polonia, in Svezia ed in Lettonia ed altre se ne preparano altrove. È una vera conquista che la scienza medica francese con l'aiuto del Governo fa ogni giorno nei paesi stranieri perchè i suoi Governi e le sue Università hanno compreso l'utilità che ne viene al paese. Noi ci accontentiamo di sapere apprezzati il nostro sole, i nostri quadri ed i nostri classici poeti. Certo delle nostre arti e delle nostre lettere dobbiamo essere orgogliosi, ma dobbiamo anche riconoscere i vantaggi che potrebbero venirci dalle nostre produzioni scientifiche e da quelle sopratutto che hanno stretti legami coi bisogni e con la realtà della vita che si vive, con le industrie di ogni genere, le sanitarie comprese. Se si creassero come fece la Francia diplomi universitari esclusivi per gli stranieri e, conseguentemente, per l'iscrizione ai nostri Istituti universitari non si frapponessero le restrizioni che si richiedono per addivenire alle conquiste di di-

plomi ad effetto nazionale, le nostre scuole universitarie avrebbero presto una numerosa studentesca forestiera.

Nello scorso anno oltre 100 giovani dell'America latina che desideravano studiare medicina nelle nostre Facoltà, non poterono esservi ammessi, perchè i loro titoli delle scuole medie non corrispondevano a quelli chiesti per i cittadini Italiani.

Ma per giungere a questo è necessario che il Governo rimova coraggiosamente le remore poste dai pregiudizi accademici per promuovere, aiutare, secondare e favorire l'esportazione della scienza italiana nel mondo ora che lo spettacolo di forza dato dai nostri eroici soldati, ce ne ha aperto le vie.

È questa la seconda volta che Milano signorilmente ospitale accoglie il nostro Congresso ed in questa come nella prima ci troviamo circondati dalla eletta schiera dei suoi, dalle autorità statali, provinciali, comunali, universitarie e dai colleghi carissimi della nuova Facoltà, dai colleghi dei fiorenti Ospedali onde la città è giustamente superba e che prendono tutti parte attiva ai nostri lavori con pregevoli contributi; dai colleghi del corpo medico tutto, che onora per dignità e sapere questa capitale morale d'Italia.

Grazie a tutti delle simpatie che ci dimostrano, dell'interessamento che prendono a questo nostro Convegno destinato come tutti i precedenti a raccogliere e ad esporre i frutti annuali delle attività delle scuole italiane e di ogni centro di osservazione, in ogni parte del nostro Paese.

L'intima colleganza che in quest'anno si è effettuata fra i cultori della medicina e della chirurgia ne accresce il valore ed il prestigio. Il programma dei lavori ci dà la visione della importanza dell'odierno nostro Congresso e ci assicura che esso potrà riuscire degno della nobile città che ci ospita.

Tutte le scuole italiane vi prendono parte attiva, prova della fratellanza che le stringe in un solo fascio, fascio composto da Guido Baccelli e più mai rotto e che più mai si romperà: tutte raccolte in un solo pensiero quello di contribuire con l'opera loro al decoro della Patria, di questa Patria divina cui i medici italiani diedero in ogni contingenza tutto il loro amore, tutte le loro attività, e quando fu necessario sangue e vita.

Lo dicono i 400 che soccombettero in guerra, vittime della devozione all'ufficio loro. La loro glorificazione riassunta nell'omaggio che fra qualche giorno alla presenza augusta di S. M. il Re sarà arriso in Firenze a quell'ignoto fra essi che li simboleggia, ricorderà ai posteri, eternandoli nel bronzo, quale sia stato il loro sacrificio.

In nome dei Maestri che li ebbero discepoli, in nome dei colleghi che divisero con essi le fatiche della guerra, il cordoglio dei lutti, l'angoscia delle strette, la gioia della vittoria, in nome di quanti qui siamo invio alla loro memoria un reverente saluto e tutti invito ad un minuto di raccoglimento perchè possano rivolgere ad essi un pensiero di compianto, di gratitudine, di amore.

Egregi Colleghi,

Quando 15 anni or sono di questi giorni nel 1909 ci aduunammo in Milano, Guido Baccelli, gloria della Clinica Italiana, era con noi capo nostro e l'autorità sua accresceva lustro e prestigio alla nostra istituzione. Oggi non è qui, ma noi lo invochiamo ancora, oggi come facciamo sempre ogni anno all'inizio dei nostri lavori, quale perenne guida e moderatore nostro.

E prima di iniziarli concedete, cari Colleghi, che io dica il nostro saluto a Milano con le parole da Lui dette 15 anni or sono nel chiudere il Suo discorso inaugurale in questa medesima aula:

«Permettetemi, Egli esclamò, che nel vostro nome io rivolga un saluto a questa grandiosa e ospitale Metropoli, dove Luigi Mangiagalli ha eretto un nuovissimo tempio alla scienza e alle arti nostre; tempio che qui ci aduna, tempio nel quale è oggi la memoria immortale e santa dei Cairoli, dei Bertani, degli Strambio, dei Dubini, dei Porro e di altri insigni. A te gloriosa Milano, a te famosa per vittoria di popolo, a te fervida di vita, di commerci, di industrie: a te si aderge da ogni angolo della nostra terra l'ammirazione ed il plauso per il fulgore della tua multiforme virtù, ammirazione e plauso che si riflette su te rafforzata dalla eco del mondo. Sii dunque, o Milano, circondata di gloria e sii di inclito esempio alle cento città».

Così disse Baccelli 15 anni or sono e così lo ripetiamo ora, a voi signor Sindaco di Milano, a voi Luigi Mangiagalli.

Seduta in comune con la Società Italiana di Chirurgia.

Ore 11. — Presidenza del sen. E. MARAGLIANO.

Indicazioni di operabilità nelle varie forme di splenomegalia.

Relazione del prof. F. MICHELI (Torino).

Riassunto.

Opportuna premessa alla discussione sulle indicazioni di operabilità nelle varie forme di splenomegalia è la constatazione, che deriva assai più che dalle ricerche sperimentali, dalle osservazioni cliniche integrate dai reperti istopatologici e dai risultati della splenectomia, che la milza è un organo complesso, a funzioni molteplici, benchè strettamente connesse colle funzioni di altri organi e tessuti, di cui alcune appena adombrate, altre più o meno incompletamente conosciute.

Ne consegue da un lato che, se la milza non è indispensabile alla vita, non deve per questo essere considerata come un organo superfluo e che la splenectomia deve quindi essere giustificata da importanti motivi coscienziosamente valutabili caso per caso.

E d'altra parte che molteplici possibilità morbose possono derivare da perturbazioni funzionali in vario senso di questa o quella funzione splenica (della milza e del *sistema splenico*, che compren-

de più specialmente, nell'ambito del sistema reticolo-endoteliale, le ghiandole emolinfatiche e le milze succenturiate), perturbazioni funzionali traducentisi in uno squilibrio del *sistema emolitopoietico*, che può essere talvolta più o meno profondamente modificato dall'ablazione dell'unico anello di questa catena che è suscettibile di essere rimosso (la milza).

***

Il dominio chirurgico si è straordinariamente esteso nel corso degli ultimi 15 anni oltre il campo delle splenopatie di più propria o più antica pertinenza chirurgica (lesioni traumatiche, cisti parassitarie e non parassitarie, tubercolosi isolata della milza, morbo di Banti, ecc.) per invadere la maggior parte, se non la totalità, delle splenomegalie cosidette mediche. È opportuno quindi di prendere in esame le varie forme di splenopatia in cui fu preconizzato il trattamento chirurgico (splenectomia, generalmente) allo scopo di vagliare con rigoroso criterio obbiettivo, all'infuori e al di sopra d'ogni concezione dottrinale, i successi e gli insuccessi raccolti, di precisare le indicazioni e controindicazioni dell'atto operativo e di prospettare gl'insegnamenti fisiopatologici che se ne possono derivare.

***

Prescindendo dalle splenopatie d'indole strettamente chirurgica (lesioni traumatiche, milza migrante, cisti parassitarie, emangiomi, linfangiomi, ecc.) e dai tumori maligni della milza, cui spetta per la loro rarità e la difficoltà della diagnosi uno scarso interesse clinico-chirurgico, seguiremo in questo compito la classificazione delle splenopatie formulata da Micheli nel 1909, con opportune correzioni ed aggiunte, suggerite dal moderno movimento di studi.

EMOPATIE SPLENOMEGALICHE. — In questo campo delle emopatie splenomegaliche, chiuso fino ad una diecina di anni fa agli ardimenti chirurgici, poichè il tumore splenico era considerato — e lo è in realtà — come una manifestazione secondaria o coordinata ad una più complessa alterazione degli organi ematopoietici, si trovano le più recenti e anche le più fruttuose indicazioni della splenectomia.

1. *Splenomegalie leucemiche.* — Il concetto dominante fino a pochi anni or sono che ogni intervento operatorio dovesse essere bandito nel trattamento delle leucemie, anche di quelle forme in cui il tumor di milza domina clinicamente il quadro morboso (mielosi cronica, eccezionalmente linfosi cronica), concetto giustificato dalla dottrina ormai universalmente riconosciuta della diffusione sistematica dei processi leucemici, dall'altissima mortalità post-operatoria (fino al 86 %) e dagli scarsi successi raccolti in più antichi tentativi, quando anche nell'ambito delle leucemie imperava un nosografismo topografico (*leucemia splenica, ecc.*), non pare debba essere senz'altro abbandonato. Se nelle più recenti applicazioni della splenectomia alla cura della mielosi cronica, eccezionalmente della linfosi cronica, il perfezionamento della tecnica operatoria e sopratutto il trattamento preventivo colla Roentgen o radio-terapia, e quindi la riduzione del tumor splenico e il miglioramento della crasi sanguigna, hanno ridotto fortemente la mortalità immediata fino alle cifre quasi inverosimili della Clinica del Mayo (1 morto su 29 casi), gli esiti lontani dell'operazione non sono notevolmente diversi da quelli che si possono ottenere colle cure mediche opportunamente alternate colla Roentgen-terapia. L'ablazione della milza, previo trattamento coi raggi X, deve esser quindi riservata a casi specialissimi di leucemia cronica, in condizioni generali e di crasi sanguigna soddisfacenti, senza manifestazioni di diatesi emorragica, quando il tumor di milza per esser migrante o per altre ragioni è causa di gravi disturbi meccanici.

Lo stesso criterio essenzialmente astensionista vale per le *forme aleucemiche o di mielosi cronica e di linfosi cronica* a manifestazioni prevalentemente spleniche.

Alcuni di questi casi sono stati operati un tempo senza successo sotto l'etichetta di a. splenica o di m. di Banti.

2. *Linfogranulomatosi splenica.* — Fra le numerose varietà della linfogranulomatosi maligna, la varietà splenica non offre in realtà che un'individualità essenzialmente clinica, perchè, in ragione della diffusione sistematica del processo linfogranulomatoso, anche quando il quadro obbiettivo è esclusivamente dominato dal tumor splenico — ciò che è raro — al tavolo anatomico o all'operazione si è sempre riscontrato infiltrazione di questo o quel gruppo delle ghiandole retroperitoneali.

Non è quindi indicata l'asportazione della milza, che del resto fu tentata assai raramente (1 caso di Wade, con sopravivenza di 2 anni).

3. *Splenomegalia tipo Gaucher.* — Il carattere sistematico delle lesioni di questa ben definita entità morbosa, documentato da una serie di constatazioni isto-patologiche, che hanno messo in luce la presenza di cumuli più o meno voluminosi delle caratteristiche *cellule* di Gaucher (d'origine reticolo-endoteliale) non solo nella milza, ma anche nel fegato, in alcuni gruppi di linfoghiandole, nel midollo osseo e perfino, in qualche caso, nel tessuto mesenchinale dei più vari organi e tessuti, sembrava costituire una netta controindicazione alla splenectomia. La splenectomia, eccezionalmente *l'esosplenocleisi* (Parlavecchio) è stata eseguita ciò non di meno in questi ultimi tempi in un certo numero di casi, con una mortalità post-operatoria valutata a circa il 25 % (E. Krumbhaar). Il periodo d'osservazione è troppo breve finora perchè sia lecito dedurne l'entità dei miglioramenti generalmente constatati, data sopratutto l'evoluzione squisitamente cronica dell'affezione.

Tenuto conto tuttavia che la milza rappresenta spesso la prima o comunque la prevalente localizzazione del processo morboso, la cui intima natura è tuttora ignorata, che il tumor splenico ha ten-

denza ad aumentare progressivamente per quanto lentamente, fino a raggiungere dimensioni colossali, che per lungo tempo i principali disturbi sono riferibili essenzialmente alla splenomegalia, la asportazione della milza potrà essere eseguita con sollievo dei pazienti in casi relativamente precoci. Anche in casi non molto progrediti, la differenziazione e la diagnosi di questa forma di splenomegalia è spesso possibile.

4. *Anemia perniciosa criptogenetica.* — Per quanto il tumor splenico non costituisca generalmente un sintomo rilevante nel quadro morboso, l'anemia di Biermer-Ehrlich è divenuta in questo ultimo decennio campo di ardimenti e di interventi chirurgici, tra cui tiene il primo posto la splenectomia, preconizzata pressochè contemporaneamente nel 1913 da H. Eppinger e da A. v. Decastello.

Oggi si contano a centinaia (oltre 200) i casi di a. p. operati di splenectomia. La mortalità post-operatoria, dovuta per lo più a fenomeni di collasso e di esaurimento, più di rado a emorragie o a complicazioni di varia indole (pneumonite, ecc.), assai varia nelle diverse statistiche, è valutata globalmente al 16,8 %.

All'operazione segue nei sopravissuti un miglioramento più o meno spiccato con una certa frequenza, che può calcolarsi attorno al 70 % dei casi.

Il miglioramento si traduce in special modo nell'aumento del benessere, delle forze e delle condizioni generali dei pazienti, in minor grado, di solito, nell'aumento più o meno sollecito, più o meno cospicuo dell'emometria e dei globuli rossi, preceduto abitualmente da una tipica *crisi di sangue.*

Anche in pieno periodo di remissione, è quasi sempre riconoscibile il tipo pernicioso della rigenerazione sanguigna, con poche eccezioni, di cui qualcuna dubbia (anemia emolitica costituzionale?). In queste remissioni frequenti, ma generalmente incomplete e transitorie, è tutto il bilancio attivo della splenectomia nel morbo di Biermer.

Queste remissioni durano infatti in media da 3-6 mesi (Giffin e Szlapka) e la sopravivenza non oltrepassa nella maggioranza dei casi 1-2 anni. Ciò costituisce o quasi fallimento della splenectomia terapeutica nell'a. p. come del resto di tanti altri sistemi curativi d'ordine medico o chirurgico preconizzati e attuati fin qui. Per quanto la mortalità post-operatoria, secondo le recenti osservazioni di I. W. Mayo, possa essere ridotta notevolmente, sottoponendo gli ammalati prima e dopo la operazione alla trasfusione sanguigna, la splenectomia non può rappresentare un metodo di cura dell'a. p. e potrà al massimo essere riservata a qualche caso non molto progredito e a evoluzione squisitamente cronica, che si mostri ribelle alle consuete cure mediche.

Non è ancora concordemente stabilito se il temporaneo miglioramento che segue all'ablazione della milza sia dovuto soltanto al temporaneo attenuarsi e rallentarsi della distruzione globulare o se e in quanto vi concorrano altri fattori, quali l'esaltazione ed il miglioramento dell'attività eritro- e in genere ematopoietica, invocate con vario meccanismo da Hirschfeld-Weinert e da Decastello.

Comunque, la dottrina di H. Eppinger, in cui l'iperattività emolitica primitiva della milza viene ad assumere una parte preminente nella patogenesi dell'a. p., accanto a un certo grado di insufficienza costituzionale del midollo osseo, è infirmata dai risultati della splenectomia, attraverso i quali sempre più si afferma l'importanza che spetta nel determinismo di questo stato anemico all'alterazione funzionale degli organi ematopoietici e alla reazione eritropoietica e leucopoietica atipica e morbosa che ne consegue.

5. *Splenomegalia pseudoleucemica infantum.* (tipo CARDARELLI, c. JAKSCH, LUZET. — I tentativi compiuti da varie parti di ricondurre questa ben definita sindrome clinico-ematologica propria della primissima infanzia a un determinato specifico fattore causale, alla rachitide cioè — *megalosplenia rachitica* (Aschenheim) — o ad un vizio di alimentazione (Czerny e la sua scuola) rappresentato essenzialmente da un eccesso di grassi (anemia alimentare), non avendo trovato larghi consensi, la forma morbosa in questione continua ad essere considerata come una varietà biologica (Naegeli) di anemia secondaria a vari momenti etiologici noti (sifilide congenita, altre infezioni, rachitide, disturbi gastro-enterici, ecc.) e in parte forse sconosciuti.

E le peculiarità ematologiche di questo tipo di anemia — che si accompagna ad un'aumentata distruzione globulare dimostrata dalla scuola di Czerny (Kleinschmidt, Glanzmann) — sono messi sul conto da un lato della speciale reattività degli organi ematopoietici infantili e dall'altro di un certo grado di deficienza funzionale di questi organi, d'origine costituzionale o condizionale. Così intesa l'etio-patogenesi della sindrome in discorso; il tumor di milza non sembra che l'espressione di una reazione splenica, eritrolitica, eritropoietica e leucopoietica, e come tale la sua ablazione cruenta non pare giustificata.

I miglioramenti ottenuti in alcuni casi — poco più di una ventina — colla splenectomia, non sembrano essere così immediati e decisivi da giustificare un radicale mutamento nella suesposta concezione patogenetica di questa forma morbosa, la cui evoluzione è del resto così varia da caso a caso, e quindi da fare assurgere la splenectomia a metodo ordinario di cura. Questa può essere tuttavia consigliata là dove il momento etiologico è oscuro e non rimovibile e le comuni cure mediche e igienico-dietetiche risultano insufficienti. Non è improbabile he in alcuni casi il ristabilirsi di un certo grado di equilibrio emolitopoietico in seguito all'ablazione della milza (attenuazione del processo emodistruttore, modificazioni dell'attività midollare) possa favorire il processo di guarigione spontanea.

6. *Policitemia megalosplenica (poliglobulia primitiva, eritremia, m. di Vaquez).* — Attraverso le ricerche ematologiche e ai reperti di autopsia, che hanno messo in luce la trasformazione del midollo giallo delle ossa lunghe in midollo rosso funzionante, il momento fondamentale della poli-

globulia primitiva è ormai ravvisato concordemente nell'aumento dell'attività e del territorio dell'eritropoiesi, eventualmente associato, secondo qualche autore (H. Eppinger), a un certo grado di ipofunzione (eritrolitica) della milza.

Quanto all'origine dell'aumento dell'attività e del territorio dell'eritropoiesi, l'interpretazione più moderna e più soddisfacente (Hirschfeld, Eppinger, Naegel, ecc.) è in realtà quella che considera l'iperglobulia permanente come l'espressione di un disturbo del complesso meccanismo regolatore della distruzione e neoformazione dei globuli rossi, con prevalenza della neoformazione, come un disordine cioè dell'equilibrio emolitopoietico, condizionato forse a sua volta da un disordine costituzionale (osservazioni recenti di casi familiari ed ereditari), della correlazione ormonica, tra organi emopoietici e sistema endocrino.

Che anche un'alterazione funzionale della milza, eventualmente subordinata all'alterazione funzionale di alcuni organi a secrezione interna, concorra a mantenere lo squilibrio emolitopoietico che sembra alla base della m. di Vaquez, è reso probabile dall'occorrenza di policitemie secondarie a determinate lesioni spleniche, specie alla tubercolosi splenica, e da molteplici osservazioni di poliglobulia consecutiva all'ablazione della milza per varie lesioni, anche semplicemente traumatiche di quest'organo.

I pochi casi di m. Vaquez trattati fin'ora colla splenectomia, con risultati contradditori, nulli secondo alcuni, favorevoli secondo altri (Lambert e Delaunoy, J. W. Mayo), non si prestano a dirimere la questione se quivi sia in giuoco una ipofunzione splenica (e del sistema splenico), con difetto della normale azione inibitrice della milza sull'attività eritropoietica (Hischfeld, Weinert) o un'iperfunzione (R. L. Payne, ecc.) nel senso di un'esagerazione della fisiologica azione stimolante sulla attività eritropoietica, ammessa da Krumbhaar e da H. Eppinger. L'occorrenza di policitemie secondarie alla splenectomia sembra consigliare l'astensione dal trattamento cruento della m. di Vaquez.

7. *Ittero emolitico costituzionale.* — È a colpo sicuro — come ha detto J. W. Mayo — il trionfo della splenectomia.

Dopo le osservaziosni di Banti (splenomegalia emolitica, 1911) e di Micheli (primo caso di riconosciuto ittero emolitico operato con successo, 1911) sono ormai circa 200 casi di ittero emolitico costituzionale trattati coll'ablazione della milza. E da tutti gli autori che hanno potuto seguire dopo l'intervento un certo numero di pazienti i risultati sono dichiarati eccellenti e spesso meravigliosi.

Gli effetti dell'intervento, desunti anche da 5 osservazioni personali, si traducono nella scomparsa più o meno rapida, da qualche giorno a qualche settimana, dell'ittero — cui corrisponde la scomparsa dell'urobilinuria, la riduzione a cifre normali del bilinogeno fecale (Micheli, Satta, H. Eppinger, Goldschmidt, Pepper e Pearce) e della bilirubina del sangue — nella guarigione abitualmente pronta dell'anemia con miglioramento spesso notevole del quadro morfologico dei globuli rossi (riduzione della microcitosi, riduzione fino a cifre normali degli eritrociti a reazione granulofilamentosa), nel sollecito rifiorire delle forze e delle condizioni generali. Il successo è abitualmente durevole.

Sono ormai numerosi i casi con guarigione clinica perfetta seguiti da anni, da oltre 13 anni (Micheli) e perfino da 27 anni (caso di Dawson, diagnosi retrospettiva), di fronte ai quali i casi di recidiva o d'insuccesso costituiscono un'eccezione tanto più trascurabile in quanto molti di questi non appartengono certo al quadro dell'ittero emolitico costituzionale (casi di anemia emolitica criptogenetica probabilmente infettiva di a. perniciosa) o sono riconducibili a complicazioni colangitiche.

Una più minuta indagine dei casi operati dimostra non di rado la persistenza o la ricomparsa a più o meno lunga distanza dall'atto operativo di alcune stigmate biologiche di quest'entità morbosa, compatibili con uno stato perfetto di salute e di attività: diminuzione della resistenza globulare; lieve aumento della bilirubina del siero di sangue, nella enorme maggioranza dei casi senza tracce d'ittero cutaneo o sclerale; lieve anisocitosi con microcitosi; talora lieve aumento del ricambio emoglobinico, ecc. Il che significa che la guarigione non è completa nel senso biologico della parola, mentre è ordinariamente tale in senso clinico.

Il processo morboso che sta alla base dell'ittero emolitico non è totalmente scomparso, ma è diventato latente; quella che è scomparsa è la malattia.

Ed è ciò che importa e che giustifica senz'altro l'intervento chirurgico, non già nelle innumerevoli forme in cui è più questione di un'anomalia costituzionale che di un vero stato morboso, ma in tutti i casi in cui uno stato durevole di anemia più o meno profonda è incompatibile colla normale attività della vita e in quelli in cui il decorso squisitamente cronico è interrotto a vari intervalli da *crisi di deglobulizzazione*, più o meno intense, talora minacciose. L'intervento chirurgico è tanto più raccomandabile in quanto restano senza effetto duraturo in questi casi gli altri mezzi di cura (l'irradiazione della milza coi raggi X e il così detto blocco dell'apparato reticoloendoteliale compresi) e la mortalità operatoria è, in ragione dell'integrità del fegato e della giovane età dei pazienti, minima — globalmente non oltre il 3 % — e può essere ancora ridotta se non si opera in periodo di crisi o quando l'emometria e il numero dei globuli rossi sono ancora al di sotto di 30 e rispettivamente di 1.500.000 — 2.000.000.

Volendo ora considerare brevemente i riflessi esercitanti dagli esiti della splenectomia sulla fisiopatologia dell'ittero emolitico, si può dire che essi hanno indubbiamente valorizzato l'antica teoria splenica di Minkowski, di Gilbert, ecc. (Banti, Micheli, Eppinger, Meulengracht, ecc.). La teoria splenica o splenogena deve oggi tener conto non solo dei risultati recenti e lontani dell'intervento

chirurgico, ma inquadrarsi nella nozione ormai ben stabilita che la forma morbosa in discorso è legata a un'anomalia congenita, ereditaria, trasmissibile come qualità dominante dall'uno o l'altro dei genitori ai figli dei 2 sessi. Secondo Meulengracht, è che nel fattore ereditario, non modificabile naturalmente dalla splenectomia (Graf-Hattesen), si riassume essenzialmente la sua etiologia.

Anche le forme impropriamente dette acquisite, meglio sporadiche o isolate d'ittero emolitico primitivo, sono il prodotto di un'anomalia costituzionale trasmissibile ai discendenti; risultano cioè da una *mutazione* (Naegeli, Meulengracht) o, più spesso, non sono sporadiche che in apparenza in quanto nei familiari la *diatesi emolitica* è clinicamente latente (Micheli) e non può essere svelata che da sottili indagini biologiche.

Consideriamo quindi l'ittero emolitico primitivo come l'espressione di un'anomalia funzionale di origine costituzionale dei vari organi che costituiscono il sistema emolitopoietico — milza, fegato, midollo osseo, linfoghiandole — di un disordine cioè dell'equilibrio emolito-poietico, in cui il fenomeno di gran lunga prevalente è l'eccesso di distruzione globulare, legato a sua volta all'aumento primitivo della normale funzione eritrolitica della milza e del sistema splenico.

La primitività dell'iperfunzione emocateretica della milza e del sistema splenico non esclude che essa possa essere eventualmente subordinata a un disturbo delle correlazioni ormoniche fra organi emolitopoietici e sistema endocrino; esprime soltanto ch'essa è in gran parte indipendente dalla resistenza osmotica e in genere da alterazioni costituzionali dei globuli rossi. Se non fosse così, gli effetti della splenectomia non sarebbero, come sono di solito, durevoli, perchè l'iperattività emolitica della milza e del sistema splenico secondaria a difetti di formazione o ad alterazioni emotossiche degli eritrociti — e solo questa, non la iperattività primitiva — è in breve tempo dopo la splenectomia assunta dall'iperplasia vicariante di altri organi e tessuti dell'apparato reticolo endoteliale (anemia perniciosa, ecc.).

Lo sviluppo individualmente variabile rispetto alla milza delle ghiandole emolinfatiche e delle milze succenturiate, la cui intonazione morbosa corrispondente a quella della milza e la cui importanza furono esplicitamente segnalate fin dal 1911 (Micheli), spiega i risultati quantitativamente alquanto variabili della splenectomia nell'ittero emolitico.

8. *Porpora idiopatica costituzionale* (Malattia di Werlhof-Glanzmann). — Designamo con questo nome una forma morbosa che attraverso le osservazioni e le ricerche dell'ultimo ventennio, cui sono legati in principal modo i nomi di Marfan, di Hayem, di Glanzmann, di E. Frank, di P. Kaznelson, di E. P. Weil, ha acquistato una chiara individualità nell'ambito delle cosidette diatesi emorragiche e che è designata con vari nomi, alcuni dei quali implicano un concetto patogenico discutibile: *malattia di* Werlhof, *trombopenia essenziale* (Frank), *trombo-astenia ereditaria* (Glanzmann), *porpora trombolitica* (Kaznelson), *emogenia* (Weil), *pseudoemofilia* (N. Iagic).

È definita da caratteri clinici e di decorso (emorragie cutanee e mucose, per lo più epistassi e metrorragia più o meno gravi, talora gravissime, decorso cronico con inizio delle manifestazioni che risale spesso all'infanzia o alla adolescenza, continuo o, generalmente, ad accessi ricorrenti), da peculiari note ematologiche e biologiche (anemia di tipo secondario, tempo di coagulazione in limiti vicini alla norma, tempo di emorragia prolungato, assenza di retrazione del coagulo, diminuzione della resistenza vasale, piastrinopenia d'alto grado), dalla mancanza di fattori etiologici riconoscibili e dalla non infrequente esistenza di manifestazioni emorragiche familiari, talora evidenti, talora clinicamente latenti (diatesi emorragica) e non svelate che dalle indagini biologiche (Glanzmann, Krömeke), dalla sua fondamentale dipendenza quindi da un fattore endogeno, costituzionale, ereditario. Anche in questa forma morbosa, in cui il tumore splenico costituisce un reperto tutt'altro che costante, la splenectomia (inaugurata da P. Kaznelson nel 1916) si è mostrata capace d'influenzare in modo insperato la sintomatologia clinica, talvolta minacciosa.

Su oltre 40 casi di porpora idiopatica, accuratamente analizzati per mio consiglio da P. Mino, l'intervento chirurgico (generalmente splenectomia, in 2 casi legatura dell'arteria splenica), ha condotto nella grandissima maggioranza dei sopravissuti — la mortalità operatoria è assai scarsa — alla immediata e duratura scomparsa dei fenomeni morbosi, alla guarigione clinica cioè, se non alla guarigione biologica, essendo generalmente riconoscibili a più o meno lunga distanza dall'operazione, come nell'ittero emolitico, alcune stigmate della diatesi emorragica, specie la diminuzione delle piastrine, che persiste o più spesso ricompare dopo un aumento più o meno notevole, e l'irretrattilità del coagulo. Poichè in questa forma di diatesi emorragica l'irradiazione della milza coi raggi X è senza effetto e l'esperienza ha dimostrato l'istantanea cessazione delle emorragie in seguito alla ablazione della milza e quindi la insussistenza del pericolo di emorragie post-operatorie, la splenectomia può essere consigliata in quei casi di vera porpora idiopatica costituzionale (1) nei quali la diatesi emorragica si traduce in manifestazioni di una certa gravità e durata, ripetentisi a non lunghi intervalli di tempo, nei casi cioè in cui essa costituisce veramente una malattia, incompatibile colla normale attività e non suscettibile di essere influenzata dai comuni metodi di cura.

I successi della splenectomia hanno ricondotto la milza al centro della patogenesi della m. di Werlhof-Glanzmann, patogenesi imperniata essenzialmente sul fenomeno piastrinopenia, che sarebbe sostenuto o da un'azione inibitrice della milza sulla funzione piastrinopoietica dei megacariociti del midollo osseo (E. Frank) o dall'esage-

(1) In altre sindromi emorragiche anche piastrino-peniche, la splenectomia riesce inutile.

razione della normale funzione piastrinolitica di quest'organo e del sistema splenico (P. Kaznelson).

In realtà la patogenesi, tuttora oscura, della forma in questione è forse assai più complessa e l'influenza della splenectomia — come della legatura dell'arteria splenica — va forse ricercata, oltre che in modificazioni dirette o indirette della piastrinopoiesi (più probabilmente diminuzione dell'abnorme piastrinolisi) in modificazioni funzionali dei piccoli vasi e dei capillari il cui meccanismo non può essere per intanto che puramente ipotetico.

GRANULOMATOSI SPLENICHE ISOLATE. — Splenopatie sostenute da un processo infiammatorio a tipo granulomatoso, a decorso generalmente cronico, senza tendenza alla diffusione sistematica.

1. *Splenomegalia tubercolare isolata.* — La splenomegalia tub. isolata o relativamente isolata continua ad essere una precisa indicazione di splenectomia.

Controindicazioni: alto grado di deperimento; aderenze estese e tenaci e forse associazione di poliglobulia permanente, che non riteniamo fortuita, ma l'espressione di un disturbo di correlazione funzionale fra milza e attività eritropoietica del midollo osseo.

2. *Splenogranuloma siderotico* (Gamna). — La netta limitazione alla milza delle caratteristiche lesioni a tipo produttivo illustrate da Gamna in questa forma di splenomegalia, isto-patologicamente distinta da tutte le altre, costituisce una evidente indicazione di operabilità per l'avvenire, quando possa essere riconosciuta clinicamente.

SPLENOMEGALIE CRONICHE INFETTIVE. — Espressioni di reazioni spleniche di vario tipo da localizzazione nella milza — ghiandola linfatica della corrente sanguigna — di agenti infettivi diversi.

1. *Splenomegalia malarica.* — Valgono nei riguardi dell'operabilità della splenomegalia malarica cronica le prudenti indicazioni formulate da tanti chirurgi specie italiani — da Tricomi a Remedei, da Remedi a Cignozzi, Putzu e Fichera — contro le esagerazioni di Jonnesco e di alcuni suoi seguaci.

2. *Splenomegalia da leishmania* (Kala-Azar). — La splenectomia riesce inutile in ragione della diffusione oltre la milza dell'agente parassitario e tanto più deve essere bandita oggi dopo la dimostrazione venuta da Di Cristina e Caronia della Clinica di Jemma dell'azione curativa specifica dei preparati antimoniali.

3. *Splenomegalia da endocardite lenta.* — Preconizzata da Münzer nel 1920, in casi non molto progrediti, nell'intento di rimuovere un importante focolaio d'infezione, la splenectomia non è raccomandabile in linea teorica perchè la principale sorgente d'infezione da cui procede la sepsi cronica è rappresentata da vegetazioni endocardiche.

I pochi casi in cui fu eseguita (Münzer, Marin, Vogel, Kaznelson) sembrano ribadire, in linea di fatto, questo criterio astensionista.

4. *Splenomegalia sifilitica.* — La cura cruenta è raccomandata e attuata dalla Scuola di Rochester (Giffin, Balfour, Mayo) nelle splenomegalie sifilitiche refrattarie ad ogni trattamento specifico, allo scopo di sopprimere un nido importante di spirochete.

E, limitatamente a questi casi, relativamente rari, in cui falliscono le cure specifiche — che sono spesso efficaci, specie le arsenobenzoliche, anche quando il tumor di milza è accompagnato da manifestazioni conclamate di cirrosi epatica — la splenectomia ci sembra giustificata, anche in ragione dei successi operatori raccolti dalle splenomegalie sifilitiche con o senza lesioni epatiche sotto le spoglie del m. di Banti.

CIRROSI SPLENOMEGALICHE. — Si possono distinguere in questo gruppo eterogeneo alcune forme più o meno nettamente individualizzate.

1. *Malattia di Banti.* — Affezione rara, anche nei nostri paesi, se intesa non come una sindrome clinico-anatomica, come abitualmente avviene fuori d'Italia, ma nei limiti precisati da Banti. Data la difficoltà di separare clinicamente, e in parte anche anatomo-patologicamente, la malattia di Banti da altre plenopatie pseudo-bantiche, dalle sifilitiche sopratutto (cfr. Micheli, 1913), e la varia delimitazione, a secondo degli autori, del concetto di morbus Banti, le vecchie, come anche le recenti statistiche di origine americana, riferentisi agli esiti della splenectomia nell'a. splenica e nel m. di Banti, involgono processi morbosi diversi.

Tenendo conto sopratutto delle osservazioni illustrate da Banti, da Bozzolo e in genere dagli autori italiani, informate a criteri più restrittivi e quindi in parte almeno riconciliabili alla vera m. di Banti, l'indicazione dell'operabilità nel 1° e 2° stadio risulta netta ed evidente.

Nel 3° stadio, la splenectomia importa tuttora, per varie ragioni, gravi pericoli, per quanto riuscita in qualche caso felicemente e con risultati lontani favorevoli specie se associati all'omentopessia (Tansini, Jaffè, ecc., ultimamente a A. e J. Challier).

2. *Cirrosi ipertrofica di Hanot.* — Circoscritta nei limiti del quadro clinico e isto-patologico tracciato da Hanot, limiti accettati e precisati da Kretz e da Fabris, questa forma di epatite è rara.

In un caso tipico della mia Clinica, illustrato da Satta, la splenectomia felicemente riuscita non ha modificato per nulla il quadro morboso. Non pare dunque indicata nella vera forma di Hanot.

3. *Cirrosi ipertrofiche splenomegaliche.* — Gruppo eterogeneo di cirrosi ipertrofiche tipo Laennec, generalmente splenomegaliche di varia origine: da ittero infettivo o da atrofia subacuta del fegato; da infezioni croniche o ricorrenti delle vie biliari (Naunyn, Bittorf, Umber), da sifilide, da alcoolismo, da causa non determinata. Il tipo delineato da H. Eppinger sotto il nome di cirrosi ipertrofica del fegato, nelle sue due varietà con ittero e senza ittero, non possiede note speciali cliniche, isto-patologiche, biologiche (cfr. Micheli, 1924) che valgano a conferirgli una distinta individualità. Sopratutto è contestabile la natura parzialmente splenoemolitica dell'ittero (confronta Pietra, 1924).

Comunque le osservazioni di Eppinger sono in-

teressanti in quanto dimostrano che la splenectomia non può essere seguita in questi casi da effetti favorevoli; diminuzione o scomparsa dell'ittero più o meno durevole, miglioramento della crasi sanguigna, delle forze, delle condizioni generali, arresto (?) del processo cirrotico.

La storia della splenectomia nel morbo di Banti (e quindi in cirrosi splenomegaliche di varia origine) aveva già dimostrato la stessa cosa.

Il miglioramento è la risultante di vari fattori, che sono analizzati nella relazione.

SPLENOMEGALIE DA STASI CRONICA. — Sono da prendere in considerazione le due seguenti forme, spesso considerate clinicamente come m. di Banti.

1. *Splenomegalia spleno-trombosica.* — In questa forma di splenomegalia, in cui l'endoflebite splenica con trombosi primitiva, in rapporto a fattori causali e molteplici, non esclusa la lue (Simmons, Orth, ecc.), la splenectomia difficile e laboriosa per lo sviluppo delle vene spleniche e delle vene gastriche brevi, importa non lievi pericoli (Cauchois, Eppinger).

Può essere tentata quando la vita del paziente sia minacciata da ripetute emorragie gastriche (Eppinger).

È controindicata quando il processo endoflebito si è esteso alla porta, malgrado qualche successo (Tansini e Morone) ottenuto anche in queste condizione colla splenectomia associata all'omentopessia.

2. *Splenomegalia da stenosi delle vene sovraepatiche.* — Due nostre osservazioni, che saranno illustrate da Bastai, di obliterazione congenita delle vene sovraepatiche, l'una delle quali riproducente nel suo cronicissimo decorso le varie fasi del m. di Banti, dimostrano che ad un processo di stenosi delle sovraepatiche, congenito (aplasia) o sviluppatosi nel corso della vita fetale, sono riconducibili i cosidetti casi tipo Baumgarten con persistenza della vena ombelicale.

La splenectomia non è indicata.

Ore 15. — Presidenza sen. B. ROSSI.

Relazione del prof. L. CAPPELLI

Conclusioni.

Da tutto il complesso si può dedurre che il chirurgo è chiamato sempre più di frequente a cooperare col medico e a dividere con questo la responsabilità del giudizio prognostico e terapeutico (Donati).

Anemia aplastica. — Nessun risveglio di attività midollare colla splenectomia.

Ittero emolitico, ecc. — Circa l'indicazione operativa, bisogna tener conto che esistono:

1) casi lievi in cui la sindrome morbosa può rimanere attenuata e benigna per tutta la vita. I colpiti sono più degli itterici che dei malati (Chauffard). In queste forme, l'indicazione della splenectomia o non esiste o viene considerata come relativa e di elezione; l'intervento è relativamente innocuo e di efficacia quasi sempre costante;

2) casi gravi, in cui la splenectomia ha una indicazione assoluta, specialmente quando le crisi di distruzione globulare sono accentuate e frequenti e quando l'anemia è intensa.

La indicazione è pure assoluta nei casi contrassegnati da crisi di deglobulizzazione, sia pure meno frequente, perchè, come insegna l'esperienza clinica, non è possibile prevedere una crisi più grave con esito anche mortale.

Come risultato della splenectomia, nelle vere forma costituzionali, si ha una guarigione clinica, anche nei casi a sintomatologia la più imponente, meno qualche rarissima eccezione. Gli atti operativi dimostrano che: la composizione del sangue, nei casi di anemia più o meno grave, migliora o raggiunge la norma o quasi; il senso di debolezza o di facile stanchezza per occupazioni anche lievi, migliora o cessa totalmente; potrà persistere qualche lieve segno di deglobulizzazione, la resistenza globulare potrà rimanere più o meno diminuita; ma per quanto la guarigione non sia completa nel senso biologico, sta il fatto che essa in generale clinicamente si stabilisce; per modo che gli operati si comportano come dei sani e riacquistano la loro capacità lavorativa.

Trombopenia. — Concetti moderni sulla patogenesi delle diatesi emorragiche; se il meccanismo d'azione della splenectomia sia legato al risveglio dell'attività del midollo oppure al cessare della trombocitolisi, dovuto alla rimozione dell'organo eventualmente distruttore delle piastrine.

La menorragia da trombopenia nelle pubertà rientra nel quadro generale della trombopenia essenziale?

Dati differenziali tra la emofilia vera e la trombopenia. Disamina degli esiti operatori.

Splenectomia associata alla transfusione sanguigna.

Circa i risultati della splenectomia, molti fanno rilevare che gli esiti operatori sono ancora recenti per poterne trarre un sicuro elemento di giudizio. Si obbietta pure che la splenectomia determina un rapido aumento di piastrine nel sangue, ma che l'aumento non è duraturo, per l'azione vicariante del fegato e delle ghiandole linfatiche retroperitoneali; per modo che la piastrinosi postoperativa non insorgerebbe per il fatto della ablazione della milza, ma per il disquilibrio che interverrebbe in un sistema intimamente coordinato, disquilibrio non perfettamente compensato in primo tempo da funzioni vicarianti. In ogni modo è certo che esistono esiti felici di casi operati da tempo abbastanza lontano ed è anche certo che gli interventi riguardano ammalati gravi in cui l'atto operativo, rappresenta la sola risorsa terapeutica efficace. La esperienza insegna pure che l'operazione in queste forme non sembra grave; per modo che esiste una vera indicazione di cura chirurgica, che deve essere praticata quando si tratti di salvare una vita umana, sia pure temporaneamente.

Anemia perniciosa. — Non esiste accordo sull'etiopatogenesi; dalla rassegna degli esiti operatori, si rileva che il risultato si risolve in guarigione; ma in miglioramento nella composizione normale del sangue; secondo alcuni AA., il decorso clinico degli splenectomizzati non sarebbe diverso da quello che presentano gli ammalati, trattati con cure in-

terne; secondo altri, il risultato dell'intervento sarebbe subordinato alla patogenesi dell'affezione (determinazione dell'emolisi per opera principale della milza; iperemolisi d'origine splenica); differenze di risultati esisterebbero nelle splenectomie per anemia perniciosa (Biermer) e in quelle per anemia del tipo pernicioso.

Per la prognosi immediata e postoperativa, avrebbe grande importanza l'accurata selezione degli infermi: anemia di grado non troppo elevato, tasso emoglobinico non troppo basso; segni della reazione midollare (globuli rossi nucleati); controindicazione nelle forme a tendenza aplastica; forme con grosso tumore di milza più favorevoli; trasfusione sanguigna pre- e postoperativa.

I risultati diversificano, nelle varie statistiche, secondo le vedute patogenetiche e i criteri di operabilità. Nella modalità clinica a grosso tumore di milza, gli esiti sembrano più fortunati. Non condivido l'opinione di coloro che vogliono associare alla splenectomia la rimozione di presunti focolai infettivi (amigdale, appendice, colecisti, ecc.), perchè la ectomia viene eseguita in un periodo in cui il processo infettivo avrebbe compiuta la sua evoluzione quando cioè non rimangono che i reliquati anatomici. in mezzo a tutta la controversia delle opinioni, non si potrebbe non tener conto quale possa essere la causa determinante di qualche buon risultato e di una sopravvivenza, talvolta abbastanza lunga, compatibile con la capacità lavorativa.

Spenomegalie leucemiche mielogene. — Risultati cattivi presso la maggioranza degli operatori. L'associazione delle radioterapia e della trasfusione sanguigna alla cura chirurgica avrebbe forse modificato i risultati. Caso personale con esito favorevole, operato da circa un anno.

Morbo di Banti e anemia splenica. — La prognosi operatoria e postoperatoria è legata a vari fattori: grado dell'anemia; rapporti anatomici della milza cogli organi vicini; diatesi emorragiche; alterazioni vasali (splenotrombosi); valore globulare; alterazioni funzionali di alcuni organi come il fegato ed il rene, che influiscono sulla disintossicazione dell'organismo dopo la splenectomia. Il tasso emoglobinico basso non costituisce una regola costante di controindicazione operativa (Giordano). Cure chirurgiche conservatrici in casi in cui la splespenectomia è controindicata. Secondo la Scuola di Firenze, gli esiti sono nel 1° e 2° periodo della malattia. Nel 3° periodo la splenectomia associata alla omentopessia e alla trasfusione sanguigna avrebbe migliorato i risultati.

Anemia splenica infantile fibroadenica. — Risultati contradditori e, pare, non duraturi.

Splenopatie clinicamente primitive con sindrome gastro intestinale rapidamente mortale. — La splenectomia, come dimostrano i risultati, determina spesso guarigioni definitive e in ogni modo fa scomparire temporaneamente le gastrorragie e ogni altro sintomo. La radioterapia e la curieterapia non hanno dato risultati decisivi.

Splenomegalia malarica. — Le indicazioni della splenectomia si vanno attualmente restringendo e si possono principalmente ridurre a tre: grosso tumore di milza causante disturbi di compressione o di stiramento (stomaco, intestino, vena cava, mesenteriche, diaframma con sintomi di asma e dispnea, ecc.); rotture spontanee patologiche o traumatiche; ectopia specialmente con torsione del peduncolo.

Splenomegalia nel morbo di Gaucher. — La splenectomia dà risultati incoraggianti in questa malattia non dominabile con cure mediche. Poco noti i risultati della radioterapia.

Splenomagalia nella tubercolosi primitiva della milza. — Divergenze di pareri circa le indicazioni e controindicazioni. L'atto operativo adottato è la splenectomia; meno casi di tenaci ed estese aderenze che richiesero interventi di ripiego. Risultati immediati relativamente buoni.

Splenomegalia sifilitica. — L'importanza dei risultati sta nel fatto che in seguito alla splenectomia, l'anemia scompare rapidamente non solo ma la cura antiluetica si mostra prontamente efficace nel guarire l'infezione come verrebbe dimostrato dalle statistiche.

Splenomegalie splenotrombosiche e piletrombosiche. — Buon risultato nella forma splenotrombosica, definita come entità clinica (Tassini).

Cisti non parassitarie della milza. — Splenectomia in generale, che ha dato risultati migliori in confronto della *marsupializzazione* associata eventualmente alla resezione, più o meno grande della sacca cistica, e dell'escisione della sacca cistica con splenectomia parziale (forse preferibile in questo caso la splenectomia). In compenso la splenectomia ha dato esiti buoni.

Presidenza: sen. E. MARAGLIANO.

Discussione delle relazioni precedenti.

FRUGONI (Firenze). — Osserva che nelle splenomegalie tromboflebitiche si possono distinguere due periodi: il primo caratterizzato da anemia e da splenomegalia a tipo fibroadenico, il secondo da emorragia e specialmente da gastrorragie intercorrenti che secondo l'oratore corrispondono a poussée tromboflebitiche profonde. Talora vi è febbre anche piuttosto alta e persistente per mesi, ascite coi caratteri di transudato. In tale forma è indicata la splenectomia e di notevole importanza è la diagnosi e l'intervento tenuto conto del decorso rapido e grave che detta splenomegalia tromboflebitica ordinariamente assume.

CESA BIANCHI (Milano). — Si dichiara in linea generale d'accordo con i relatori ritenendo controindicato l'intervento nelle splenomegalie da emopatia, consigliabile invece nell'ittero emolitico costituzionale e nella porpora trombopenica. A tale riguardo riporta un caso personale di ittero emolitico costituzionale volto favorevolmente in seguito alla splenectomia, mentre osserva di non avere esperienza propria per quanto si riferisce alla porpora trombopenica. Nei riguardi dell'anemia perniciosa e del m. di Vaquez osserva come data l'entità delle due forme morbose se può eventualmente esistere indicazione all'intervento nell'una forma, di necessità debbono le stesse ragioni costituire controindicazione per l'altra. In base ad os-

servazioni personali più utili risultati nel m. di Vaquez si possono avere dall'applicaz. della Roentgenterapia, mentre nell'anemia perniciosa soltanto le cure mediche possono avere qualche efficacia.

Non è d'accordo con il Relat. prof. Micheli circa la classificazione della linfogranulomatosi splenica tra le emopatie splenomegaliche e ritiene che detta forma sia piuttosto da comprendere fra le splenomegalie infettive croniche. Per quanto concerne la splenectomia nel m. di Banti rileva come non vi sia alcuna discussione sull'indicazione all'intervento e riporta il risultato favorevole delle osservazioni personali. Circa le splenomegalie da endoflebite cronica osserva che esistono alcuni casi nei quali la splenectomia può non avere risultato utile anche quando clinicamente la malattia appare esclusivamente localizzata alla milza, giacchè può darsi che il processo endoflebitico (come in un caso che egli riporta) sia diffusa alla vena porta e complicato ad atrofia del fegato.

BONI I. (Milano). — Si sofferma in particolar modo sulla splenectomia del m. di Banti, osservando come se si hanno risultati favorevoli nel I e II stadio, questi siano il più delle volte sfavorevoli nel II stadio. Riporta un caso personale nel quale la malattia era già al III stadio e che dalla splenectomia ebbe decorso ulteriore buono.

TANSINI (Pavia). — Ricorda che fin dal 1901 egli operò con successo un paziente di morbo di Banti al 3° stadio, associando alla splenectomia l'omentopessi. Questo modo di procedere è stato poi seguito da altri in Germania, in Inghilterra e recentemente in Francia. Anche in uno stadio così avanzato della malattia si sono ottenuti buoni risultati nel 40 % dei casi. Anche in un caso di splenomegalia da malaria, con gravi alterazioni epatiche, Finkelstein di Baturn, ottenne un successo associando le due operazioni.

FORNI (Bologna). — *Sopra tre casi di splenectomia.* — Riferisce tre casi di splenectomia praticati nella Clinica Chirurgica di Bologna: per morbo di Gaucher, per splenomegalia infantile fibroadenica, per splenomegalia da malaria. Due guarigioni e un esito infausto (nel caso di splenomegalia infantile, in cui esistevano gravi lesioni epatiche).

CAVINA (Bologna) — *Cisti parassitarie della milza.* — Riferisce un caso di splenectomia per cisti di echinococco della milza.

SILVESTRINI (Perugia). — Non è d'accordo con i Relatori circa la splenectomia nella malaria cronica. Egli ritiene che la splenectomia cronica malarica influenzi con meccanismo vario la crasi sanguigna ed abbia ripercussioni particolari sul fegato, onde egli è propenso seguendo il consiglio della scuola napolitana ad eseguire in tali casi la splenectomia. Ciò naturalmente deve essere subordinato alla scarsa efficacia delle cure mediche ed alle condizioni generali dell'ammalato.

CASTIGLIONI (Trieste). — Riferisce alcuni casi di splenectomia: 1 per ittero emolitico (la guarigione dura da 4 anni, pur persistendo alcune alterazioni della crasi sanguigna); 1 per morbo di Gaucher (guarigione); 1 per morbo di Banti al 2° stadio (guarigione datante da 12 anni); 1 per morbo di Banti al 3° stadio (con associazione di omentopessi). In questo ultimo caso il paziente morì dopo un anno dall'intervento.

SOLIERI (Forlì). — Ha eseguito la splenectomia su due casi di morbo di Banti. Ha osservato, dopo la splenectomia, un rallentamento del polso. Per ciò che riguarda i tumori di milza da malaria, si crede che l'indicazione operatoria sia data sopratutto dalle complicazioni.

FORTUNATO (Napoli). — Circa le indicazioni della splenectomia nell'ittero emolitico costituzionale osserva come detta forma morbosa sia una malattia generale onde non sufficientemente chiaro appare il criterio di togliere solo una parte dell'apparato mesenchimale. Inoltre richiamando le varie ed importanti funzioni delle milza si dichiara non favorevole alla splenectomia nell'ittero emolitico costituzionale.

CIOFFI (Napoli). — Si conferma sui caratteri di alcune splenomegalie malariche e sui risultati di esperienze personali circa i rapporti dello stato immunitario con la splenectomia. Egli ha potuto constatare che sia togliendo la milza che l'epiploon non vengono per nulla modificati i poteri leucogeni dell'organismo, per i quali acquistano sufficiente funzione vicariale altre parti dell'organismo stesso.

ARENA (Napoli). — Riporta le osservazioni favorevoli compiute in numerosi casi di splenectomia eseguite sotto le indicazioni e la guida del sen. Cardarelli nel morbo di Banti, nelle splenomegalie primitive ed anche nelle splenomegalie malariche quando vi sia motivo di ritenere insufficiente la cura medica e probabile una secondaria alterazione del fegato.

Insiste sulla importanza di segni di insufficienza epatica quali controindicazione per la splenectomia.

PACE (Napoli). — Prendendo le mosse da un'osservazione personale di un caso di notevolissima splenomegalia di malaria cronica in una ragazza con segni di infantilismo e dal miglioramento dello stato di infantilismo in seguito alla splenectomia, richiama l'attenzione dei presenti sugli eventuali rapporti fra splenomegalia malarica nei bambini ed infantilismo.

PASCALE (Napoli). — Ha operato parecchi casi di splenomegalia. Esegue la splenectomia, quando interventi più economici (enucleazione di tumori, resezioni) non sono possibili.

È contrario alla splenectomia nell'anemia perniciosa, in quanto con la cura medica si ottengono periodi di sopravvivenza più lunghi che con la cura chirurgica.

Nel morbo di Banti ha ottenuto con la splenectomia ottimi risultati; non si deve però intervenire troppo tardi.

PIETRO (Torino). — Osserva come in alcuni casi di ittero emolitico costituzionale, la splenectomia migliora le condizioni generali, ma non modifica il contenuto di bilirubina nel sangue. Pensa che ciò debba essere messo in rapporto con una persisten-

za o ripresa della malattia ma piuttosto con uno stato di insufficienza del fegato.

MICHELI (Torino). — Rispondendo ai vari oratori mentre ringrazia del contributo da ognuno portato, osserva come esista un accordo completo nelle linee generali sulle indicazioni alla splenectomia. Insiste su quanto già ha detto circa la splenectomia nell'anemia perniciosa per la quale egli si dichiara poco propenso, osservando che probabilmente quei casi riferiti come anemie perniciose utilmente influenzate dalla splenectomia, altro non erano che casi di ittero emolitico costituzionale.

E' d'accordo col Pascale circa la inopportunità della splenectomia in quelle forme leucemiche con produzione dei linfoni. Rispondendo al Cesa-Bianchi afferma che Egli ha classificato la linfogranulomatosi splenica fra le emopatie splenomegaliche perchè si tratta in essa di un affezione sistemica. Rileva il pieno accordo sull'utilità della splenectomia nel m. di Banti osservando però che bisogna chiaramente intendersi su quanto si deve ritenere m. di Banti e come le vere forme di m. di Banti diventano sempre più rare. Pensa che nel III stadio la splenectomia sia sempre pericolosa anche intervenendo con le varie modificazioni proposte e che occorre sempre tenere in gran conto le eventuali alterazioni del fegato.

Fa osservare come la sifilide possa talvolta riprodurre il quadro clinico della splenomegalia del m. di Banti con alterazioni anatomo-patologiche quasi indentiche. Un criterio differenziale si può avere soltanto dall'esame istologico del fegato. Inoltre nei luetici talora la cura medica non porta modificazioni alla splenomegalia e può essere consigliabile l'asportazione della milza nel sospetto dello sviluppo di una secondaria cirrosi epatica. Circa le osservazioni di Forni e Castiglioni rileva l'interesse di esse e come nel m. di Gaucher sia utile intervenire in primo tempo appena fatta la diagnosi, non sempre facile, ma resa meno diffcile del sussidio della puntura della milza. E' d'accordo col Frugoni sulla opportunità dell'intervento nelle splenomegalie piletrombosiche osservando le difficoltà diagnostiche e come tali casi si presentino spesso come m. di Banti in un primo stadio. Egli ritiene che nello stadio emorragico sia utile per la diagnosi la mancanza del circolo collaterale mediano.

In rapporto a quanto ha comunicato il Castiglioni osserva come si debba essere cauti nel giudizio delle varie forme poichè dopo la splenectomia è frequente il rilievo in circolo di normoblasti e di globuli rossi con corpi di Jolly. Ciò può rilevarsi anche nei casi di ittero emolitico, mentre la presenza di anemia e di megaloblasti è esclusiva dell'anemia perniciosa. Al Fortunato osserva che difronte al miglioramento generale presentato dopo la splenectomia nell'ittero emolitico costituzionale, poco valore o nullo ha il fatto che la resistenza globulare resti bassa e che se è vero che tale malattia è generale, è pure anche vero che la milza ne rappresenta la parte principale. Da ultimo rileva ancora come si debba con grande circospezione decidere in quelle forme di splenomegalia che si accompagnano ad alterazioni del fegato.

Comunicazioni attinenti alle relazioni precedenti.

ANTONELLI (Roma). — *Sopra una speciale forma di linfogranulomatosi a tipo blastomatoso prevalente nelle glandole mesenterich.*

Nel reparto dell'Ospedale di S. Spirito da me diretto ho avuto occasione di studiare al punto di vista clinico ed anatomo-istologico un forma di linfogranulomatosi in un paziente di 30 anni, non tubercoloso nè sifilitico. Tale forma ha offerto i seguenti rilievi:

Durata piuttosto breve della malattia all'incirca 5 mesi dall'inizio dei primi disturbi subiettivamente avvertiti dal paziente e consistenti in febbre, dolori addominali e denutrizione);

decorso febbrile atipico: il paziente è andato soggetto in un primo periodo a febbre continuo-remittente, in un secondo a febbre intermittente; è mancata la ricorrenza febbrile caratteristica della linfogranulomatosi, quantunque non costante;

partecipazione delle sierose al processo morboso, così da poter indurre facilmente al sospetto clinico di una comune polisierosite;

leucocitosi piuttosto intensa con presenza di forme immature della serie granulocitica;

localizzazione principalmente entero-meseraica e più specialmente tiflo-meseraica (localizzazione rara nella letteratura, sopratutto nella varietà corrispondente al caso in esame);

alterazione meno pronunciata di altri gruppi glandolari interni e ancor meno delle glandole esterne;

Scarsa partecipazione della milza, non tumefatta in modo apprezzabile, a differenza di quanto suole nella maggioranza dei casi di granuloma maligno tipo Voltauf-Sternberg;

la presenza, all'esame istologico, accanto alle alterazioni caratteristiche del granuloma (con predominio delle grosse cellule polimorfe, di vasi venosi penetrati ed anche ostruiti dagli elementi neoformati, non che di note di spiccata infiltrazione degli stessi elementi nello spessore delle pareti del cieco con perdita della struttura delle varie tuniche e dissociazione delle fibre muscolari: caratteri questi che trovano analogia nello sviluppo dei neoplasmi propriamente detti e conferiscono alla forma descritta un aspetto neoplastiforme, così da giustificare la denominazione di « linfogranulomatosi a tipo blastomatoso ».

BERRI (Genova). — *Influenza della milza sulla secrezione esterna del pancreas e sulla digestione duodenale.*

Dal primo gruppo di esperienze risulta che l'estratto di milza isolatamente preso non ha potere digestivo, che l'estratto di prancreas presenta poteri digerenti proteolitico, lipolitico ed amilolitico poco meno del succo duodenale normale di cane, che la miscela di estratto splenico e di estratto pancreatico presenta nella stessa proporzione che gli estratti pancreatici puri, potere digerente sensibilmente aumentato verso le sole sostenze grasse.

Il secondo gruppo di ricerche ed il terzo diedero per quanto riguarda la quantità e la qualità del secreto, risultati totalmente negativi.

Nel caso degli esperimenti sul cane fistolizzato, si è riconfermato l'esistenza di una secrezione pan-

creatica psichica e che la reazione del succo duodenale muta a seconda del momento in cui si effettua e dei fattori che determinano la secrezione duodenale.

Così la reazione del succo di cane a digiuno ottenuto con eccitamenti psichici è lievemente alcalina o neutra, quella del succo ottenuto con i primi atti masticatori è lievemente acida, intensamente acida quella del succo che si ottiene durante la consumazione del pasto e durante la digestione per una eventuale compartecipazione del chimo gastrico intensamente acido.

ROCCHETTI (Milano) — *Un caso di anemia perniciosa splenomegalica* (tifo Strümpel). — L'O. si intrattiene brevemente sulla sintomatologia del detto caso clinico e particolarmente sulla terapia per la quale egli espone un metodo suo per la trasfusione utilizzando la tecnica della fleboclisi.

A. CHIASSERINI
E. TRENTI.

29 ottobre 1924.

Presidenza: Sen. QUEIROLO.

Le sindromi surrenali.

Presidenza: Sen. QUEIROLO.

Conclusioni.

I. Il concetto fisiologico, nel quale si accordano la clinica e l'esperimento, è quello che fa della grandola surrenale, un tipico *organo neuro-glandolare* e per derivazione ontogenetica e per rapporti funzionali: organo ausiliario del sistema nervoso animale, di cui regola il metobolismo forse più importante, almeno per le funzioni motrici e volitive, il metabilismo lipoideo; organo ausiliario del sistema nervoso vegetativo, di cui mantiene il tono normale della sezione simpatica, anch'essa direttamente impegnata, secondo le moderne ricerche, nel compimento delle azioni muscolari volontarie e dei processi psichici volitivi.

La glandola surrenale è dunque *glandola cerebrotonogena, simpaticotonogena e dinamogena per eccellenza*: è la glandola della forza muscolare e della forza neuropsichica, così come la tiroide è la glandola attivatrice della velocità di tutte le reazioni nervose e psichiche. Sono questi i due grandi regolatori chimici del metabolismo nervoso, di cui gli ormoni surrenali favoriscono il quantum di energia accumulata, gli ormoni tiroidei la velocità di liberazione di tale energia.

Le ricerche recenti dimostrano che la glandola surrenale, per la sua porzione corticale, agisce anche in senso fortemente anabolico sul ricambio, e sopratutto favorisce la formazione del grasso, oltre che la genesi e la elaborazione di speciali lipoidi; che la glandola surrenale elabora e trasforma inoltre alcuni derivati del ricambio intermedio dell'albumina donde origina il pigmento nero della cute, la cui funzione è ancora misteriosa, e che secondo le ricerche del Ciaccio, è in intimi rapporti col metabolismo lipoide; infine che la corteccia surrenale, almeno per la sua zona più intensa e reticolata, è in correlazione e sinergia trofica con gli organi genitali e sopratutto con i caratteri sessuali secondari maschili, ha cioè, secondo quanto io ho ammesso, una funzione stimolatrice bisessuale, ma prevalentemente virilogenica.

II. Su tale concetto fisiologico poggia tutta la interpretazione genetica dei sintomi meglio accertati della insufficienza o rispettivamente della iperfunzione surrenale.

Per la insufficienza, sta, per me, in prima linea la *cachessia sui generis*, con scomparsa irreparabile del tessuto adiposo, ipotrofiia della cute e dei peli melanodermia, rallentamento del ricambio azotato, aumentata tolleranza dei carboidrati, ipocolesterinemia, ipotermia per diminuita termogenesi ed aumentata termoirradiazione, e stato ipoplastico, nei soggetti ancora in via di sviluppo. Alla cachessia surrenale costante e progressiva fanno corteo altri tre gruppi di sintomi ancora più studiati, *l'adinamia muscolare* con aggravamenti parossistici fino alla paralisi transitoria; *l'adinamia psichica* con stato ansioso, ma senza compromissione evidente dell'intelligenza, *l'ipotonia simpatica* con le sue manifestazioni cliniche caratteristiche, quali l'ipostenia ed ipotonia cardiovascolare con ipotrofia ipotensiva e marantica del muscolo cardiaco; la ipoglicemia, da deficiente mobilitazione del glucosio epatico; lo stato ipercinetico del tubo gastrointestinale; il dermografismo bianco per esagerata risposta della parete capillare, povera d'innervazione simpatica, agli stimoli diretti; la insufficiente regolazione termica; forse anche lo stato ansioso del paziente. Nella donna posso aggiungere, quali sintomi di iposurrenalismo, l'amenorrea od oligomenorrea, la tendenza agli aborti, la ipotrofia mammaria.

III. I sintomi d'iperfunzione surrenale, per quanto ancora incompletamente accertati in paragone di quelli d'insufficienza, si dimostrano, almeno quelli che finora meglio conosciamo, in antitesi con i precedenti: in primo luogo, io pongo il *benessere nutritivo esuberante e l'adiposità*, opponibile alla cachessia iposurrenalica, con la *crescita rigogliosa dei peli*, sopratutto del tronco, e disposizione mascolina dei medesimi; in secondo luogo, *l'iperstenia muscolare, l'aumentata aggressività e l'iperstenia psichica*, che può giungere ad uno stato di vera ipomania; in terzo luogo, *l'ipertonia ed iperstenia cardioarteriosa* ed altri segni di *simpaticoipertonia*, come la iperglicemia e la glicosuria, le crisi di angiospasmo.

Alcune ricerche mi permettono di aggiungere ai sintomi probabili d'iperfunzione surrenale, una *megalomastia vera*, che frequentemente si associa all'adiposità ipersurrenalica, così nella donna come nell'uomo. Infine completa l'elenco delle manifestazioni ipersurrenaliche quello che io propongo designare come *ipergenitalismo disarmonico bisessuale*, anzichè come *virilismo surrenale*, in quanto che il primo termine si adatta anche ai pazienti maschi, indica la funzione stimolatrice bisessuale, da me ammessa, della glandola surrenale, ed abbraccia meglio tutte le forme cliniche conosciute; queste cominciano dalla macrogenitosomia precoce, così nei fanciulli come nelle fanciulle, nei primi con comparsa di una adiposità e talvolta di pervertimento dell'istinto sessuale

o d'incapacità alla copula (ipergenitalismo disarmonico); nelle ultime, con possibile conservazione ed esagerazione degli attributi sessuali principali, come le mestruazioni, la formazione di corpi lutei, lo sviluppo delle ovaia e delle mammelle, come nel caso di Bulloch e Sequeira, ma con frequente comparsa di caratteri mascolini secondari. Dalle quali forme di stimolazione puberale mascolina e femminina, se pur disarmonica, si arriva allo sviluppo dei vari gradi dell'intersessualità o del pseudoermafroditismo: il quale eccezionalmente, come nel caso di Meixner, è pseudoermafroditismo mascolino, di regola colpisce la donna ed è pseudoermafroditismo femminino esterno: ma nella donna, l'intersessualità può variare dalla semplice manifestazione di una ipertricosi più o meno forte della faccia o di tutto il corpo, con conservazione degli altri caratteri fondamentali del sesso, fino ad una virilizzazione pronunciata: sebbene anche nei casi di pseudoermafroditismo più completo, come in quello della famosa Virginia Mauri, possano coesistere mestruazioni, istinto sessuale normale, mammelle e bacino di tipo femminile, con la presenza di folta barba e clitoride peniforme.

IV. Di tutti i sintomi d'ipersurrenalismo io tengo a mettere nel maggior rilievo e per la costanza e per la precocità, l'*adiposità*, che per la sua associazione con l'ipertonia arteriosa, muscolare e psichica, potremo designare come ***adiposità ipertonica***, per cui essa si differenzia dalle altre adiposità endocrine che son tutte ipocriniche ed ipotoniche o flaccide: all'adiposità ipertonica spesso succede, in una seconda fase, per sopravveniente iposurrenalismo, la cachessia con l'adinamia. In una prima fase, all'adiposità può associarsi, secondo le mie osservazioni, una ipertrofia mammaria, che anch'essa può essere sostituita da atrofia in un secondo periodo. Così talvolta viene a crearsi una ***sindrome pseudogravidica*** se, come spesso succede, nella donna, si aggiunge l'amenorrea, sindrome che io propongo d'individualizzare come ***pseudogravidanza surrenalica***. I fenomeni di virilismo dipendono, per la loro intensità di manifestazione, dalla ripercussione più o meno grave dell'ipersurrenalismo sull'ovaio: l'ipersurrenalismo passa allora in una *sindrome surreno-interglandolare*.

V. La separazione dei sintomi surrenalici in *sintomi corticali e sintomi midollari*, è possibile solo fino ad un certo punto, dati gli stretti vincoli anatomici e funzionali dei due tessuti surrenalici. Io ritengo molto verosimile ma provvisoria, la distinzione seguente:

a) *Sintomi d'iposurrenalismo prevalentemente corticale*: *cachessia*, con inibizione dell'adipogenesi ed *ipocolesterinemia*; *adinamia muscolare grave*, *adinamia psichica*; *stato ipoplastico* con ipotrofia degli organi sessuali nei soggetti giovani.

b) *Sintomi d'iposurrenalismo prevalentemente midollare*: *melanodermia*, *ipoglicemia*, *ipometabolismo azotato*, *astenia ed atonia cardiovascolare*, altri segni d'*ipotonia simpatica generale* (ipotermia, ipercinesi del tubo gastroenterico, dermografismo bianco).

c) *Sintomi di ipersurrenalismo prevalentemente corticale*: eccessiva floridezza nutritiva ed *adiposità ipertonica* con *iperstenia muscolare e psichica* talvolta *ipertrofia mammaria*; *ipercolesterinemia*; *ipergenitalismo precoce disarmonico* nei soggetti impuberi, e tendenza allo sviluppo di caratteri maschili secondari nella donna.

d) *Sintomi di ipersurrenalismo prevalentemente midollare*: *stato ipertensivo*; segni di *ipertonia simpatica generale* (iperglicemia e glicosuria neurogena, crisi angiospastiche, irritabilità psichica).

VI. Le sindromi surrenali che si osservano in clinica risultano dalla combinazione in varia misura ed in variabile successione cronologica dei segni sopra enumerati di ipofunzionalità o rispettivamente di iperfunzionalità corticale e di quelli midollari: ma occorre non dimenticare che a fasi iperfunzionali susseguono spesso fasi ipofunzionali, come non di rado avviene nei tumori della corteccia; inoltre possono associarsi sintomi di iperfunzione di un tessuto con sintomi di ipofunzione dell'altro. La complessità di interpretazione genetica delle sindromi diventa maggiore, quando le lesioni surrenali si estendano al vicino plesso solare, o quando si ripercuotano a distanza, in maniera clinicamente rilevabile, su altre glandole endocrine (*sindromi surreno-interglandolari*).

VII. Accanto a *sindromi surrenali primarie*, dovute a lesioni primitive delle glandole surrenali, occorre collocare due categorie di *sindromi surrenali secondarie*: quelle dovute a lesioni primitive di altre glandole endocrine, come può avvenire sopratutto nelle alterazioni di funzionalità delle ovaie (castrazione, climaterio, anomalie congenite) o dell'ipofisi (acromegalia), o della tiroide (Basedow) o del timo (stato timico). Ovvero la sindrome surrenale secondaria può succedere ad una primitiva alterazione dei nervi secretori e trofici delle glandole (*sindromi surrenali neurogene*).

VIII. Delle cause di sindromi surrenali, notevole interesse clinico ha l'ipoplasia o l'iperplasia costituzionale, per la spiegazione di certe costituzioni e temperamenti: esiste anche una *atrofia surrenale primaria o cirrosi surrenale primitiva*, paragonabile al rene grinzo primitivo; maggiore importanza patogenetica hanno le infezioni ed intossicazioni acute o croniche, le neoformazioni iperplastiche o neoplastiche. Le neoformazioni colpiscono quasi sempre la corteccia; le infezioni ed intossicazioni acute e croniche toccano generalmente ambedue i tessuti, determinando sempre fenomeni d'insufficienza, ma le intossicazioni croniche come quella da piombo e da alcool possono anche determinare fenomeni di iperfunzione, ed altrettanto dicasi per alcune autointossicazioni per prodotti di anormale ricambio (uremia cronica, gotta, diabete). Importanza etiologica notevole nella donna sopratutto, nel creare stati di iperfunzione, hanno la gravidanza ed il climaterio.

IX. La *sindrome di Addison* è sindrome di ipofunzione corticomidollare più o meno completa: da essa, attraverso *sindromi incomplete di Addisonismo* si passa ai vari *iposurrenalismi parziali, corticali* o *midollari* o *misti*, la cui interpretazione

non richiede altre parole, dopo le premesse fisiopatologiche soprastanti.

Alcune sindromi iposurrenaliche acute e rapidamente mortali od eccezionalmente gravi sono sindromi associate di insufficienza glandolare e di irritazione violenta o shock dei plessi simpatici solari. La *morte improvvisa surrenalica* è fenomeno di esaurimento acuto verosimilmente del tessuto corticale, di cui basta anche una minima quantità di secreto lipoide per mantenere la funzione dei centri nervosi più vitali.

X. La terapia della insufficienza surrenale può sperare qualche vantaggio dall'opoterapia corticomidollare bene applicata, se le glandole sono soltanto parzialmente compromesse: l'avvenire dirà se risultati più durevoli potranno ottenersi dall'innesto, ancora da tentarsi nell'uomo, di glandole surrenali di antropoidi, dato che negli innesti omoplastici è sperimentalmente dimostrata la possibilità di attecchimento, almeno per un certo tempo, così della corticale come della midollare.

Negli stati iperfunzionali della corteccia, qualche risultato incoraggiante si è ottenuto dalla radioterapia intensiva delle glandole. Oltre a questa stessa terapia, applicata negli stati ipertensivi in cui si sospetta una iperfunzione midollare, io credo sia da studiare se non possa essere giovevole, contro la ipertensione grave, finora incurabile, anche la resezione del nervo splancnico sinistro.

Relazione del prof. V. C. PIAZZA (Palermo).

Riassunto.

Le sindromi surrenali, alla cui conoscenza gli studiosi italiani (Castellino ed allievi, Pende, Ferranini, Pellegrino ed altri) hanno portato un forte contributo, costituiscono oggi un capitolo dell'endocrinologia molto vasto per indagini morfologiche, per risultati sperimentali, per osservazioni cliniche.

E mentre i tipi fondamentali di esse trovano il loro riferimento nell'ipo o nell'iperfunzione surrenale, le varie forme cliniche ancor oggi hanno bisogno di più precise indagini per rintracciarne esattamente il rapporto col disturbo glandolare. Occorre a tale scopo esaminare le varie questioni, oggi molto dibattute e discusse, che interessano la fisio-patologia surrenale; ed è di esse in special modo che mi occupo nella presente esposizione.

1) La fisio-patologia delle surrenali ha attraversato varii periodi caratterizzati dall'influenza esercitata su di essi da nuove ricerche, da nuove acquisizioni.

Nel periodo iniziale l'Addison (1855) descrivendo il morbo bronzino, mise tale malattia in rapporto colle lesioni delle surrenali. Poco dopo il Brown-Sequard colle sue esperienze dimostrò che esse sono organi indispensabili alla vita. Il risultato di queste ricerche contestato da varii autori (Milne-Edwards, Philippeaux, Harley, Gratiolet) per molto tempo rimase isolato e non fu in alcun modo preso in considerazione, nonostante contenesse in sè la dimostrazione del concetto di secrezione interna, che in questo periodo di tempo si andava assodando nel campo delle conoscenze fisio-patologiche.

Solo dopo 40 anni la realtà di tali reperti trova la sua dimostrazione nelle ricerche di Abelous e Langlois (1891-92) e di Langlois (1893-97) i quali vennero alla conclusione che la surrenale è una ghiandola a secrezione interna, la cui distruzione totale porta fatalmente e rapidamente alla morte.

Un nuovo periodo si inizia colle ricerche dei due fisiologi inglesi G. Oliver e Edwards Schafer (1895-96) sull'azione degli estratti surrenali sulla pressione arteriosa e sul cuore.

In seguito le identiche proprietà ipertensive degli estratti si riscontrano nel sangue venoso surrenale (Cibulscki 1895, Langlois 1897) specialmente durante l'eccitazione dello splancnico (G. Dreyer, Tsecheboksaroff).

Poco tempo dopo il Takamine (1901) estrae dalle surrenali l'adrenalina, corpo chimicamente definito, dotato delle stesse proprietà degli estratti surrenali e del sangue venoso surrenale. Sorge così l'idea, fondata apparentemente su solide basi, che la adrenalina secreta dalle cellule della midollare surrenale, è versata nel sangue venoso, raggiunge la circolazione generale, dove svolge la sua azione di mantenere il tono arterioso ed il tono del simpatico.

Tuttavia non tutte le esperienze note concordavano su tale punto ed inoltre non era dimostrato per la teoria del tono se nel sangue arterioso la adrenalina si trovasse nella quantità necessaria per esercitare la sua azione sul sistema simpatico.

Non si è tenuto conto dei risultati negativi e gradatamente lo studio della secrezione interna delle surrenali è identificato nello studio delle proprietà farmacologiche dell'adrenalina. Così pure nel campo della patologia, ogni disturbo della secrezione surrenale fu attribuito sia ad un difetto, sia ad un eccesso di adrenalina nel sangue; ed in senso inverso e senza alcuna dimostrazione obbiettiva, in tutti i casi, nei quali si constatava una ipotensione o un'ipertensione arteriosa, si invocava una ipo o un'iperadrenalinemia.

Fra le due porzioni della surrenale: corticale e midollare, differenti per struttura, per reazioni istochimiche, per proprietà biologiche, per origine embriologica, si stabilisce un netto dualismo, nonostante i loro intimi rapporti, e mentre la corticale è messa da canto e forma oggetto di studio solamente per gli istologi, la midollare è la sola porzione delle surrenali alla quale si riconosce un significato fisiologico.

Però in questi ultimi anni a poco a poco si riesumano dubbii sperimentali obliati; altri reperti li rafforzano; si inizia un periodo critico, sorge quello che il Gley chiama problema surrenale.

Dalle esperienze di Lewandowscki (1899), di Camus e Langlois (1900) in seguito a surrenalectomia, di Young e Lehmans e di Young (1909) in seguito ad esclusione delle surrenali dalla circolazione generale, di R. G. Hoskins e di C. V. Mc. Clure (1912) in seguito a legatura delle vene surrenali, di Trendlenburg (1914) in seguito ad

ablazione delle surrenali, di Gley e Quinquaud, Quinquaud dopo asportazione di una surrenale e interruzione della circolazione dell'altra rimasta in sito, di P. Combemale (1919) dopo surrenalectomia doppia, risulta che la pressione arteriosa resta normale e subiscé in seguito una lenta caduta.

Il concetto che le surrenali siano necessarie al mantenimento della pressione arteriosa, viene così recisamente negato. Di contro a tali prove negative del rapporto tra secrezione adrenalinica e tono vasale, stanno però la presenza di adrenalina nel sangue venoso surrenale ed il suo aumento coll'eccitazione dello splancnico.

Gley e Quinquaud hanno studiato tale questione partendo dal concetto che l'adrenalina presente nel sangue venoso surrenale, non può compiere funzioni fisiologiche se non passa in dosi sufficienti nella circolazione arteriosa. In base ai risultati delle loro esperienze Gley e Quinquaud hanno negato la esistenza di una adrenalinemia fisiologica, intendendo con ciò negare non che la adrenalina, presente nel sangue surrenale passi nella circolazione generale, ma intendendo significare che la quantità di adrenalina che può trovarsi in essa non è sufficiente per avere normalmente una funzione, per essere fisiologicamente attiva. Il classico ormone diventa così «un prodotto di escrezione senza alcuna funzione normale».

Come completamento di questi studii che tolgono qualsiasi significato fisiologico alla secrezione adrenalinica e quindi alla midollare surrenale, possono essere considerate le ricerche di B. A. Houssay e G. T. Lewis (1922) i quali hanno constatato che i cani privati delle surrenali, e che possiedono una sola corticale, continuano a vivere normalmente, ma muoiono se si asporta la corticale che loro rimane.

La midollare e la sua secrezione adrenalinica perdono così qualsiasi importanza fisiologica, che viene unicamente accordata alla corticale.

La questione, che sembra risolta in questo senso, viene riaperta dalle ricerche di Tournade e Chabrol, i quali sono riusciti a differenziare nettamente l'azione nervosa dello splancnico e l'azione normale per secrezione d'adrenalina.

Tournade e Chabrol coll'anastomosi surrenogiugulare derivano nella circolazione di un controllo totalmente surrenalectomizzato tutta l'adrenalina eventualmente secreta durante l'eccitazione dello splacnico, senza farle subire diluizioni superiori a quella che essa avrebbe nel sangue stesso del datore. Nel trasfuso completamente surrenalectomizzato, le multiple attività funzionali che si osservano, sono dovute alle proprietà acquisite dal sangue venoso surrenale del datore durante l'attività provocata dalla ghiandola. Questi fenomeni: ipertensione, iperglicemia, inibizione del tono e dei movimenti intestinali, vasocostrizione del rene, contrazione della milza, vasocostrizione della zampa snervata, dilatazione pupillare (del lato dove dieci giorni prima si è asportato il ganglio cervicale superiore), accelerazione del cuore snervato, mancano se l'anastomosi venosa è ostruita in un modo qualsiasi; e quando la ghiandola, il cui sangue efferente è trasfuso, è stata precedentemente svuotata della sua midollare. È dunque dal tessuto cromaffine e non dal corticosurrenale, che il sangue venoso surrenale trae le proprietà specifiche che presenta al momento dell'eccitazione dei nervi splancnici.

Tutte le obbiezioni, più o meno giustificate, che sono state mosse a queste esperienze, ne hanno meglio chiarito il significato e messo meglio in evidenza che l'anastomosi venosa surreno-giugulare, assicura al soggetto reattivo l'apporto di un sangue, dotato di tutti i suoi caratteri normali, naturali, che non perde mai il contatto coll'endotelio vasale, sottratto alle alterazioni, alle quali l'espone un'extravasazione anche temporanea; e, sopratutto l'adrenalina, che contiene, raggiunge la circolazione generale dell'animale reattivo *esattamente alla dose e alla diluizione come quando essa si mescola col contenuto del sistema circolatorio nell'animale normale* (Tournade).

Effetti analoghi sulla pressione e sulla glicemia, ha ottenuto Gautrelet provocando colla semplice compressione di una surrenale l'immissione in circolo del suo secreto interno.

Recenti ricerche di G. Maniscalco nel coniglio, dimostrano in tutti gli animali, in seguito all'ablazione delle due surrenali, la caduta rapida e permanente della pressione arteriosa, indipendentemente da qualsiasi traumatismo operatorio; ed il suo rialzo temporaneo in seguito all'immissione in circolo di una dose minima ipertensiva di adrenalina cloridrato (gr. 0,00001). Si osserva così l'innalzamento della pressione arteriosa e dopo pochi minuti il suo abbassamento, e ad ogni nuova iniezione la ripetizione dello stesso fenomeno.

Quindi la pressione arteriosa in condizioni normali è mantenuta da quantità minime di adrenalina non facilmente svelabile con i soliti metodi d'indagine. Da tutte queste ricerche perfettamente concordanti, frutto di una razionale revisione dell'argomento, risulta dimostrata nettamente l'adrenalinemia fisiologica, funzione normale di una ghiandola a secrezione interna.

Bisogna però riconoscere che l'adrenalinemia fisiologica sino a pochi anni addietro si basava su concetti non perfettamente dimostrati, su risultati ottenuti con tecniche mal sicure, differenti per natura e per sensibilità.

Le ricerche recenti, che l'avevano negato, si basavano su tecniche analoghe non adatte alla necessità di studio di un secreto normale dell'organismo, il quale pur essendo perfettamente definito dal punto di vista chimico, manifesta tuttavia la sua azione fisiologica in dosi tali, che sfuggono per la loro piccolezza a qualsiasi indagine d'indole chimica. Da ciò la necessità di tecniche biologiche più adatte a svelare reazioni organiche. Ma anche in questo campo si è visto che il trasporto fuori dell'organismo fornitore del sangue altera le condizioni di funzionamento di questo ormone, il quale molto facilmente è annullato nelle sue proprietà. Quindi le anastomosi vasali fra animale fornitore e animale reattivo evitando la fuori uscita dai vasi del sangue, di cui si ri-

cercano le proprietà, realizzano le migliori condizioni di studio dell'adrenalinemia fisiologica.

2) Posta in dubbio l'adrenalinemia fisiologica, tutte le altre nozioni con essa intimamente connesse, seguono la stessa sorte, a cominciare dall'azione adrenosecretiva degli splancnici. La funzione dell'adrenalina nell'ipertensione consecutiva alla eccitazione dei nervi splancnici, generalmente ammessa, fu negata in seguito da Gley e Quinquaud, e da E. Zunz e P. Govaerts, i quali non riuscirono a mettere in evidenza nel sangue arterioso durante l'eccitazione dello splancnico, la quantità d'adrenalina suscettibile di esercitare un'azione ipertensiva. Invece B. A. Houssay, il quale in base alle sue ricerche innanzi cennate, aveva concluso che l'adrenalina surrenale non è necessaria per mantenere la vita nè il tono vascolare, in successive ricerche dimostra che durante l'eccitazione del nervo splancnico o del nervo bulbare, si verifica una scarica d'adrenalina, che produce effetti reali. È probabile, egli dice, che nelle condizioni fisiologiche si producano anche di queste scariche, la funzione delle quali è almeno all'emergenza coadiuvante. Houssay e Marconi dimostrano che l'eccitazione del nervo splancnico produce una scarica d'adrenalina che eleva la pressione arteriosa e produce la vasocostrizione di una zampa snervata.

3) La differenza della tecnica adoperata ed i differenti risultati conseguiti, hanno messo in dubbio anche l'azione di altri fattori sulla secrezione adrenalinica. Gli effetti della stimolazione psichica sull'escrezione adrenalinica e sopratutto la influenza dello spavento, della collera, ecc., provocano un aumento adrenalinico nel sangue della vena cava superiore, che manca se si legano le vene surrenali o si estirpano le surrenali. Tali fatti sui quali il Cannon ha fondato la sua teoria della *emergency function*, sono negati da Stewart e Rogoff, i quali adoperarono un nuovo metodo per misurare la secrezione adrenalinica, il metodo della «poche cave».

A sua volta Kodama, servendosi di questa stessa tecnica conferma che l'eccitazione sensitiva provoca l'aumento dell'adrenalina e mette in evidenza la deficienza tecnica di tale metodo.

Da altre osservazioni (F. A. Hartmann, Cordoch e Loder), è dimostrata l'azione sulla secrezione adrenalinica del freddo, delle operazioni chirurgiche, dell'etere, ecc.

4) Un'altra importante questione che in quest'ultimo periodo di tempo ha seguito la sorte di tutte le altre riguardanti l'adrenalinemia, è quella se le surrenali siano necessarie al mantenimento del tono del sistema nervoso simpatico. È ormai chiaramente dimostrato che la sensibilità degli splancnici non è modificata nè dalla legatura delle vene surrenali, nè dalla surrenalectomia doppia (Gley e Quinquaud) come pure la reazione vasomotoria consecutiva all'eccitazione del moncone periferico dello splancnico (Combemale).

La puntura del bulbo provoca nei surrenalectomizzati lo stesso effetto vasocostrittore degli animali normali (Combemale). Così pure le eccitazioni riflesse (Gley e Quinquaud) continuano a produrre i loro effetti vasomotori nei surrenoprivi, e la pressione arteriosa consecutiva alla faradizzazione del moncone centrale dello sciatico (Hoskins e Wheelon) nei surrenoprivi si innalza come normalmente.

Lo stesso avviene per l'azione inibitrice degli splancnici sui movimenti dell'intestino (Wertheimer e Duviller, Lanselle, Fereira de Mira e J. Fontes). Inoltre contrariamente a ciò che era stato messo innanzi, la puntura del quarto ventricolo produce i suoi effetti anche negli animali nei quali manca la secrezione adrenalinica (Wertheimer e Battez, Freund e Marchand, Quinquaud, Stewart).

Però se il concetto della dipendenza diretta del tono del simpatico dalla secrezione adrenalinica oggi non si regge più essendone dimostrata la completa autonomia nelle sue varie funzioni, non si può escludere tuttavia che l'adrenalina al pari di altri prodotti endocrini normalmente secreti nell'organismo, non possa avere qualche azione eventuale sul tono del simpatico, come anche su quello di altri sistemi.

5) Li'nfluenza della secrezione surrenale sul ricambio è stata anch'essa studiata da un punto di vista unilaterale, dell'influenza cioè della secrezione adrenalinica. Ed anche in questo campo le ricerche sono state dirette più che allo studio dell'azione sul ricambio dell'adrenalina ormone, allo studio dell'azione dell'adrenalina, corpo chimico a sè.

L'adrenalina influenza il ricambio in genere e specialmente quello degli idrati di carbonio, provocando glicosuria e iperglicemia. Si è creduto di identificare tale glicosuria coll'altra di origine pancreatica, concezione patogenetica del diabete espressa nella nota affermazione dello Zuelzer che il diabete pancreatico negativo è un diabete adrenalinico positivo.

Le surrenali ed il pancreas diventano così, in base a tale concezione, due organi funzionalmente antagonisti. Ricerche recenti di Hedon riprendono la questione, sostenendo la relazione funzionale tra il pancreas e le surrenali per il metabolismo degli idrati di carbonio, fondandosi sulle note esperienze della mancanza di glicosuria dopo ablazione simultanea del pancreas e delle surrenali, e sull'altra che l'iperglicemia, che compare sempre dopo l'ablazione del pancreas, non si manifesta se contemporaneamente si asportano le surrenali. Tale risultato è recisamente negato dalle ricerche di Stewart e Rogoff e di Houssay e Lewis, dalle quali risulta che negli animali privi della funzione midollare surrenale l'ablazione del pancreas produce egualmente il diabete. Oggi noi disponiamo del prodotto della secrezione interna del pancreas allo stato di isolamento, e possiamo porre di fronte i due prodotti della rispettiva secrezione interna e studiarne i relativi effetti. Sappiamo dalle ricerche iniziali degli autori canadesi che l'insulina annulla la iperglicemia e la glicosuria adrenalinica e che l'ipoglicemia e gli effetti tossici dell'insulina sono attenuati dalla adrenalina. Resta a conoscere in quali rapporti quantitativi si verifichino tali azioni reciproche.

Dalle ricerche di G. Maniscalco, risulta che l'adrenalina iniettata nell'animale normale determina una iperglicemia ed una glicosuria nella dose minima di gr. 0,0005-0,0006, dose di gran lunga superiore alla minima ipertensiva normale, e che per annullare l'azione iperglicemizzante e glicosurante della dose utile di adrenalina, occorre una dose di insulina più alta di quella normalmente ipoglicemizzante nell'animale normale.

Questi fenomeni provocati nell'organismo da questi due prodotti endocrini, si verificano indipendentemente dalla presenza del pancreas, perchè la stessa dose minima di adrenalina, che occorre per determinare glicosuria e iperglicemia nell'animale normale, occorre ugualmente per provocare gli stessi effetti nell'animale parzialmente spancreatizzato.

Bisogna quindi distinguere i fenomeni provocati coll'iniezione di adrenalina e di insulina da quelli che si verificano per la normale secrezione interna delle surrenali e del pancreas.

Per quanto riguarda le altre proprietà dell'adrenalina dalle ricerche di G. Maniscalco risulta che si tratta non di un'azione antagonista specifica, ma piuttosto di azione neutralizzante dell'adrenalina degli estratti di varii organi.

Tutta questa concezione fisio-patologica dell'antagonismo tra surrenale e pancreas riposa sopra un concetto negativo quale è quello della mancanza della glicosuria pancreatica in assenza delle surrenali, e sull'altro dell'inibizione della glicosuria adrenalinica coll'estratto pancreatico, sulla analogia colla glicosuria da puntura del IV ventricolo, sulle altre azioni secondarie molto discusse.

Ma nell'invocare una patogenesi adrenalinica del diabete non si è considerato che la glicosuria si produce solamente con dosi enormi in rapporto a quella che deve trovarsi in circolo nella condizione di funzione normale, e che quindi dovrebbe trovarsi in circolazione una quantità così forte che l'organismo non può fabbricare. E sebbene le due glicosurie siano accompagnate da iperglicemia, tuttavia esistono caratteri differenziali così profondi che fanno escludere qualsiasi analogia. Si aggiunga a ciò che negli animali spancreatizzati in pieno diabete l'estirpazione delle surrenali è senza influenza sulla glicosuria (Stewart e Rogoff, Houssay e Lewis, Hédon).

Per quanto riguarda le reciproche azioni tra insulina e adrenalina si tratta di un antagonismo farmacologico, provocato artificialmente, che non può essere inserito nel quadro della funzione normale delle surrenali e del pancreas. E per quanto riguarda la funzione ipertensiva dell'adrenalina e ipotensiva dell'estratto pancreatico, si tratta di un'azione correttiva di carattere generale dell'adrenalina avverso gli estratti ipotensivi di vari organi.

II. — 1) Per un lungo periodo di tempo, come si è visto, la midollare e la sua secrezione adrenalinica sono state oggetto di tante osservazioni sia nel campo della fisiologia, sia in quello della patologia, mentre la corticale era studiata solamente dal punto di vista istologico. E quando le ricerche istochimiche, specialmente per opera del Ciaccio, misero in rilievo l'importanza del contenuto lipoideo e le sue variazioni in varie condizioni, solo allora lo studio della corticale assume un indirizzo differente perchè se ne comincia ad intravedere l'importanza fisiologica.

A parte le varie questioni istologiche che si riferiscono alle differenze morfologiche degli elementi dei vari strati ed alle varie formazioni citoplasmatiche in esse contenute, quello che rappresenta la caratteristica fondamentale della corticale surrenale è la presenza in essa di speciali costituenti chimici. Questi corpi: grassi e lipoidi sono stati oggetto di lunghe ricerche tendenti a stabilirne la natura e proprietà, la differente distribuzione, il comportamento in varie condizioni fisiologiche e patologiche. In seguito ricerche più precise d'indole chimica cercano di dosare il contenuto lipoide in varie condizioni; sorge così l'idea di un rapporto col contenuto lipoideo del sangue, e con essa una serie di problemi alla cui soluzione molti autori hanno portato il proprio contributo. La corteccia surrenale ha un forte contenuto in lipoidi superiore di gran lunga a quello degli altri organi, variabile in limiti molto ampi da 4 gr. a 82 gr. per mille, che deve essere in rapporto col comportamento del metabolismo lipoideo generale. Numerosissime ricerche istologiche illustrano la distribuzione dei lipoidi e le loro variazioni quantitative in rapporto a speciali condizioni; però esse sottoposte per loro natura all'apprezzamento subbiettivo dell'osservatore devono oggi essere integrate dalla ricerca chimica, specie nello studio di varie questioni che interessano la corteccia surrenale.

I dosaggi per via chimica praticati da Chauffard, Grigaut e Laroche in individui morti per accidenti violenti hanno dato in un caso gr. 56,25 per mille, e gr. 54,40 per mille in un altro, mentre in altre ricerche in individui morti in seguito a malattia hanno riscontrato cifre più basse intorno a gr. 20 per mille. Pare che le prime cifre rappresentino il tasso colesterinico normale della corteccia surrenale, mentre le ultime divergono dalle prime per probabile esaurimento dei lipoidi della corteccia durante il periodo agonico.

Data la grande variabilità del quantitativo colesterinico in differenti condizioni sorge il problema dell'origine di questa colesterina surrenale.

Due ipotesi si contendono il campo: la prima sostenuta da Landau, Aschff, Mac Nee, è che la surrenale si carica di colesterina dal sangue quando il tasso colesterinico di questo sorpassa un dato limite, costituendo così una specie di deposito della colesterina, essendo ogni ipercolesterinia surrenale secondaria all'ipercolesterinemia.

L'altra sostenuta da Chauffard, Gricaut e Laroche, e condivisa da White, Albrecht e Weltmann, è che la corteccia surrenale sia un focolaio di formazione della colesterina. Questa ipotesi si fonda su argomenti d'ordine fisiologico, chimico e istopatologico.

Lo studio dei lipoidi surrenali negli stati patologici permette di seguirne le variazioni nei differenti casi.

Albrecht e Weltmann in base a ricerche isto-

chimiche dividono le surrenali in tre gruppi secondo il contenuto di corpi birifrangenti.

Più tardi Chauffard, Grigaut e Laroche col dosaggio della colesterina hanno messo in evidenza con maggiore precisione le variazioni del contenuto colesterinico. Da tali ricerche risulta che il contenuto del parenchima surrenale in colesterina è molto basso negli stati infettivi circa gr. 9,50, è molto elevato negli ipertesi, e nelle nefriti croniche, dove il tasso è di circa gr. 55. Queste due serie di casi clinici rappresentano i punti estremi della colesterina surrenale. Nei tubercolosi le cifre riscontrate sono state molto differenti, essendo il tasso medio di circa gr. 13.

Negli epatici con o senza ittero da ritenzione la colesterina delle surrenali non è aumentata ed il tasso medio è stato di gr. 12,30 per mille.

Queste ricerche mettono in rilievo l'esistenza di una ipercolesterinemia che si accompagna ad una ipercolesterinia surrenale e di una ipercolesterinemia con colesterinia surrenale normale.

I predetti autori vorrebbero vedere in tali fatti una partecipazione attiva della corteccia surrenale nel primo caso, mancante nel secondo.

Le due teorie contrapposte nell'interpretazione della funzione colesterinica presentano punti deboli che si prestano alla critica. L'unica constatazione su cui convergono è l'ipercolesterinemia che si accompagna ad ipercolesterinia surrenale. L'ipercolesterinemia sarebbe di origine surrenale, secondo Chauffard e collaboratori, sarebbe causa del deposito surrenale secondo Landau e Aschoff.

Però l'esistenza di una ipercolesterinemia d'origine epatica, che non si accompagna ad ipercolesterinia surrenale, depone contro la teoria di Landau, dato che la corteccia deve essere ritenuta un deposito del di più di colesterina circolante nel sangue, e non è spiegata dalla teoria opposta. D'altro canto nel gatto in inanizione (Gardner e Lauder) e nel cane (Grigaut e Laroche) si ha ipercolesterinemia e diminuzione notevole della colesterinia surrenale. Laroche cerca di accordare questo fatto, in contrasto colla teoria delle genesi surrenale della colesterina, coll'altro dell'ipercolesterinemia con ipercolesterinia surrenale dei brightici, delle gestanti, ecc. ammettendo che nel primo caso la corteccia si esaurisce a poco a poco non potendo per la mancante alimentazione ricuperare le riserve lipoidiche, come avviene nell'altro caso.

Questa considerazione toglie gran parte del significato di organo formatore della colesterina alla corteccia, visto che essa ne è sprovvista quando non la può prendere dall'alimentazione. Bisogna modificare tale concetto per metterlo di accordo con i dati sperimentali. E si potrà allora vedere che se la surrenale è un deposito di lipoidi secondo Landau, lo sarà per i lipoidi che provengono dall'alimentazione (fatto su cui del resto si fonda tale concezione) e che essa immagazzina, lavora o trasforma come lavoro attivo e immette in circolo lipoidi, mentre poi non se ne carica nel caso di ipercolesterinemia di origine epatica, forse perchè questa colesterina, circolante in queste condizioni nel sangue, rappresenta già un escreto dell'organismo nella sua personalità finale.

Ed allora le ricerche di Wacker e di Hueck (secondo le quali la colesterina libera rappresenta l'elemento stabile comune ai differenti protoplasmi cellulari ed è poco capace di variazioni, le quali invece si verificherebbero a carico della colesterina eterificata, elemento variabile), potrebbero indicarci che le surrenali prendono dalla circolazione generale la colesterina proveniente dagli alimenti e la eterificherebbero, o secondo Ciaccio la trasformerebbero in lipoidi di alta natura (fosfatidi).

Infine basandosi sulle proprietà antitossiche della colesterina varii autori hanno creduto di identificarle nella corteccia surrenale per il suo contenuto colesterinico.

Per quanto si sia osservato ipertrofia della corteccia surrenale in animali adoperati per la produzione di anticorpi (Mulon e Porak) non si può nè si deve da ciò trarre la conclusione della partecipazione diretta o indiretta della corteccia al processo immunitario.

La sua ipertrofia in tali condizioni è invece dovuta al fatto che essendo il metabolismo dei lipoidi, come è noto, molto aumentato, ne segue un maggior lavoro e quindi l'ipertrofia della corteccia.

2) Tutte le ricerche che hanno tolto qualsiasi significato alla adrenalinemia, dimostrato l'indipendenza del tono del simpatico dall'eccitazione adrenalinica, negano per conseguenza qualsiasi importanza alla secrezione adrenalinica. Però questa tendenza a negare l'importanza dell'adrenalina ormone necessario alla vita si trova già nelle vecchie esperienze di Battelli, ed è ribadita dalle recenti ricerche di Houssay e Lewis coll'ablazione completa del midollare, di Stewart e Rogoff, di Lacassagne, ecc. L'ipotesi che la morte in seguito alle surrenectomia totale fosse dovuta ad intossicazione fu già avanzata da Abelous, Langlois e Albanese, il quale sostenne che le surrenali distruggono o trasformano sostanze tossiche prodotte nell'organismo per effetto del lavoro muscolare e del sistema nervoso.

Da molte ricerche sino ad oggi note risulta dimostrata la tossicità del sangue dei surrenalectomizzati (Brown-Sequard) del succo dei muscoli affaticati (Erni) l'azione benefica dell'adrenalina sulla contrazione dei muscoli affaticati o non (Guglielminetti, Hoskins e Durrant) l'azione dell'adrenalina che aumenta la capacità lavorativa dei muscoli e previene e combatte gli effetti tossici della fatica (Hartmann), per quanto esista qualche esperienza contraria (Stewart e Rogoff, Kellaway).

Altre ricerche dimostrano che gli animali surrenoprivi oltre ad essere più sensibili ai veleni della fatica sono in generale più sensibili all'azione tossica di molte sostanze (Scott, Lewis) per quanto ciò sia negato da Stewart e Rogoff, e più sensibili alle reazioni anafilattiche (Kepinow).

L'idea di una funzione antitossica delle surrenali trova appoggio in tutte queste ricerche dalle quali risulta una maggiore sensibilità dei surreno-

privi alle azioni tossiche endogene ed esogene. Però la tossicità del sangue dei surrenoprivi, che ha bisogno di nuove prove, e la maggiore sensibilità ai veleni della fatica e ad altri dei surrenoprivi, non dimostrano affatto la funzione antitossica delle surrenali.

L'azione antitossica può tutt'al più essere interpretata come indiretta in quanto che le due porzioni surrenali agendo sinergicamente, ognuna colla propria attività fisiologica, annullano continuamente gli effetti negativi esercitati da tante sostanze. La midollare, quindi l'adrenalina, neutralizza l'azione negativa sulla pressione arteriosa, sul tono muscolare di varii ipotensori endogeni, migliora la contrattilità muscolare, regge il tono dei capillari; la corticale regolando il metabolismo lipoideo, fissando i lipoidi tossici, trasformandoli in atossici, ne libera la circolazione.

Con tale concetto noi ci rendiamo conto della completa unione di due sostanze che per quanto diverse per struttura istologica, per contenuto chimico e per origine embriologica, costituiscono negli organismi superiori un unico organo necessario alla vita.

III. — 1) Tutte queste questioni che riguardano la funzionalità delle due porzioni delle surrenali si riflettono poi nelle varie sindromi che risultano da alterazioni surrenali, ed in special modo sull'insufficienza acuta e cronica.

L'entità nosologica dell'insufficienza surrenale acuta è dimostrata dalla precisa sintomatologia, dalle concomitanti lesioni surrenali e dalla sua riproduzione sperimentale.

In quest'ultimo periodo di tempo tale sindrome ha subito la stessa sorte di tante altre nozioni da tempo acquisite nella fisio-patologica surrenale. Essa è stata posta in dubbio, anzi dallo Stewart è stata definita invenzione dei clinici. Nel campo clinico Sezary riproduce in parte le idee del fisiologo americano, negando ogni valore diagnostico alla triade sintomatica: astenia, ipotensione, linea bianca. Però l'insufficienza surrenale si fonda su dati clinici precisi e anatomo-patologici, che mettono in evidenza lesioni distruttive estese (caseosi, tumori, vaste emorragie).

Bisogna tener presente che la quantità di tessuto surrenale necessario per mantenere apparentemente in buona salute un animale è il decimo delle surrenali, e quindi la lesione surrenale, che può giustificare l'insorgenza di una insufficienza acuta deve interessare la quasi totalità delle surrenali.

Però nel decorso di molte malattie infettive acute si è constatata spesso una insufficienza surrenale senza alcuna lesione delle capsule (Sezary, Ribadeau-Dumas, Teissier e Duvoir, ecc.).

Queste osservazioni sono in perfetto contrasto col concetto della dipendenza diretta della sindrome surrenale dalla lesione estesa delle surrenali.

Allo scopo di precisare il comportamento della funzione surrenale nelle malattie infettive, varii autori hanno studiato il comportamento della midollare, della reazione cromaffine, della adrenalina contenuta nella midollare, del potere ipertensivo dell'estratto midollare, del contenuto lipoideo della corteccia.

I risultati non perfettamente concordanti per la differenza della tecnica adoperata, per le varie condizioni sperimentali, mettono in evidenza modificazioni più o meno profonde a carico della secrezione delle due sostanze. Però essi non possono giustificare la comparsa dell'insufficienza in casi senza lesioni delle surrenali. Ora siccome non è da porre in dubbio l'esattezza della constatazione clinica dell'iposurrenalismo, nè da porre in discussione il valore dei sintomi che lo costituiscono, sorge spontanea l'idea che la stessa sintomatologia dipendente dalla funzione surrenale possa verificarsi per un meccanismo differente da quello che si verifica nei casi con gravi lesioni surrenali.

Io stesso potei constatare la comparsa di una grave insufficienza surrenale in parecchi casi di influenza, nei quali all'autopsia non riscontrai alcuna lesione delle surrenali. La sindrome iposurrenalica veniva in tali casi quasi completamente modificata ed anche annullata dalla somministrazione di forti dosi di adrenalina (in qualche caso sino a 15 mgr. pro die). Tale sindrome fu da me interpretata come insufficienza adrenalinica, basandomi sull'effetto terapeutico e sulla quantità necessaria per modificare la sindrome, che non era modificata da alcun altro farmaco. Insufficienza adrenalinica dovuta probabilmente al fatto che l'organismo affetto da influenza ha bisogno, per mantenere il tono del suo apparato cardiovascolare, di una maggiore quantità di adrenalina, che le sue surrenali non potevano fornire; o ad una immediata distruzione o neutralizzazione dell'adrenalina, appena immessa in circolo, per parte del virus influenzale.

L'ipotesi della possibile azione di qualche virus e dei suoi veleni neutralizzante dell'adrenalina fu controllata sperimentalmente. Però essa è dimostrata infondata poichè l'adrenalina trattata in varie condizioni con tossine batteriche conserva la sua azione ipertensiva.

Ho studiato quindi le condizioni della pressione arteriosa nell'animale intossicato con tossine batteriche e la maniera di reagire dell'apparato cardio-vascolare alle dosi ipertensive di adrenalina. Dopo 48 ore, quando già l'animale comincia a presentare i sintomi dell'intossicazione ed i suoi organi i segni dell'alterata struttura, si constata che la pressione arteriosa normale è alquanto più bassa di quella dell'animale normale, giustificata dalle lesioni surrenali presenti in tali intossinfezioni. Asportando completamente le due surrenali all'animale così intossicato si osserva il solito fenomeno della caduta immediata della pressione arteriosa. Però se in seguito si inietta nelle vene di tale animale la dose minima ipertensiva di adrenalina, che nell'animale normale surrenalectomizzato completamente innalza la pressione arteriosa al limite iniziale, si osserva che la pressione arteriosa o non si innalza o si innalza di poco, e che per ottenere un notevole rialzo di essa occorre iniettare dosi maggiori di adrenalina.

Questa constatazione sperimentale coincide col-

l'osservazione clinica dell'enorme quantità di adrenalina occorrenti per modificare il quadro dell'iposurrenalismo nei casi di influenza da me illustrati.

Tali risultati dimostrano che se la secrezione adrenalinica è necessaria al mantenimento della pressione arteriosa, d'altro canto è necessario che l'apparato cardio-vascolare sia in condizioni tali da reagire allo stimolo ipertensivo. E se le surrenali sono integre morfologicamente e funzionalmente in modo da versare in circolo il quantitativo normale di adrenalina, la sindrome iposurrenalica si verificherà tutte le volte che l'apparato cardio-vascolare sarà leso dal processo tossinfettivo.

Quindi il fatto della mancanza della lesione surrenale non esclude l'osservazione clinica dell'insufficienza, poichè la stessa sintomatologia clinica si verificherà tutte le volte che una estesa lesione distruttiva delle surrenali ne annienterà la funzione, e tutte le volte che essendo le surrenali integre ed integra la loro funzione, la lesione degenerativa avrà colpito gli organi sui quali deve agire il secreto interno surrenale.

In questo caso si tratta più che altro di vera e propria insufficienza adrenalinica, perchè essendo l'apparato cardio-vascolare insensibile alla dose minima ipertensiva normale di adrenalina, occorrerebbe nell'unità di tempo un maggior quantitativo per rialzare il tono dell'apparato cardio-vascolare leso.

Insufficienza adrenalica relativa perchè, pur essendo normali le due surrenali e la loro funzione adrenosecretiva, esse non possono fornire quel quantitativo necessario perchè troppo eccessivo.

La insufficienza adrenalinica, aprioristicamente e con molta leggerezza negata dallo Stewart, ha quindi la sua personalità nosologica.

Da queste esperienze sorge una nuova questione e cioè: le varie forme cliniche dell'iposurrenalismo sono tutte dovute ad identico meccanismo patogenetico?

Evidentemente ciò non può essere perchè nel caso della forma pseudomiocardica nella quale non si constata alcuna lesione surrenale, ma si constatano lesioni degenerative del miocardio e di altri organi ed apparati, la insufficienza potrà essere un'insufficienza adrenalinica, dovuta al meccanismo illustrato dalle mie esperienze. Invece negli altri casi, nei quali oltre l'astenia e l'ipotensione predominano fattori d'indole tossica è necessario invocare una deficienza totale delle due porzioni ghiandolari.

2) Nell'insufficienza cronica, il cui tipo principale è rappresentato dal morbo d'Addison, ai sintomi comuni alle forme acute si aggiunge la melanodermia, fenomeno molto oscuro.

Il suo meccanismo patogenetico deve probabilmente essere dovuto all'alterata funzione surrenale da un lato, e dall'altro ad un disturbo profondo, da questa causato, della formazione pigmentaria cutanea. La melanodermia addisoniana non trova alcun riscontro patogenetico nelle varie teorie sulla formazione del pigmento cutaneo.

Una relazione funzionale tra surrenali e la formazione del pigmento cutaneo era stata ammessa da Meirowski e da Königstein colle ricerche sulla pigmentazione della pelle isolata degli addisoniani e dei surrenoprivi.

Le varie questioni se esista un rapporto fra la elaborazione di prodotti surrenali: corticale, colesterina, midollare, adrenalina, e la pigmentazione cutanea sono tutte questioni da chiarire per vedere quale sia il rapporto fra l'alterata funzione delle surrenali e la melanodermia.

Molti autori inclinano a vedere nei disturbi pigmentarii del morbo d'Addison non la conseguenza di un'affezione delle surrenali come organi ghiandolari, ma il risultato di lesioni del simpatico: irritazione del simpatico; riflesso col punto di partenza nelle surrenali o nelle loro vicinanze immediate, ed il centro irradiante nei gangli semilunari; diminuzione del tono del simpatico consecutivo dell'insufficienza surrenale, ecc.

Alcune interessanti osservazioni cliniche permettono di posare su basi migliori la questione dei rapporti fra la pigmentazione cutanea ed i disturbi del simpatico. A. Thomas ha constatato in soggetti con lesioni traumatiche gravi o affezioni croniche del midollo spinale, l'esistenza di placche cutanee iperpigmentate, situate sul tronco a vario livello, secondo la sede della lesione spinale. Questa pigmentazione però è poco accentuata e non mai così marcata come l'addisoniana: si accompagna generalmente a disturbi simpatici (ipersecrazione sudorale, surreflettività pilomotrice, dermografismo, disturbi termici) e compare tardivamente. Però in questi infermi si è avuto un lungo periodo di infezioni ed alla autopsia si sono constatate lesioni gravi della maggior parte degli organi, tanto che lo stesso Thomas non può fare a meno di accordare a questa una grande influenza nella produzione di tale pigmentazione.

Nessun fatto clinico o sperimentale attualmente dimostra che il simpatico abbia una funzione diretta sulla pigmentazione cutanea. La melanodermia si osserva generalmente in soggetti il cui stato generale ed in particolare l'apparato endocrino sono fortemente alterati.

E per quanto riguarda la funzione delle surrenali in tale fenomeno si conoscono solamente i risultati di Meirowski e di Königstein, ma non si può dimostrare con essi un'azione diretta sulla pigmentazione cutanea.

Invece con ogni probabilità nel meccanismo della produzione della melanodermia addisoniana è da mettere in prima linea la alterata funzione dei capillari sanguigni per la insufficienza surrenale. L'azione delle surrenali sarebbe un'azione indiretta in quanto che la loro insufficienza cronica determinerebbe disturbi della circolazione capillare dalla quale dipende la nutrizione dei tessuti. Gli studii odierni sull'attività dei capillari dimostrano che la contrattilità delle cellule periteliali e degli elementi endoteliali è sotto l'influenza umorale di un ormone non specifico, di costituzione relativamente semplice e di facile distruzione, che secondo Krogh sarebbe l'ormone ipofisario secreto dalla postipofisi. Invece Athanasiu e Gradinesco molti anni prima avevano dimostrato la influenza dell'adrenalina sul-

la motilità delle cellule endoteliali dei capillari sanguigni e che l'endotelio di essi prende una larga parte agli scambii fra il sangue ed i tessuti sotto la dipendenza dell'adrenalina. Questa agirebbe non solamente sulla muscolatura dei vasi, ma anche sull'endotelio vascolare e manterrebbe la tonicità di esso.

Quindi nella melanodermia addisoniana conseguenza di fattori multipli, si può forse invocare un'azione indiretta del simpatico, il quale agirebbe semplicemente determinando disturbi vasomotorii marcati e prolungati. Ma a più forte ragione si devono invocare tutti i fattori dipendenti dall'insufficienza surrenale (compresa l'ipotensione arteriosa) i quali modificano col meccanismo dei capillari la nutrizione dei tessuti, ed agendo sulla produzione pigmentaria autoctona, predispongono alla melanodermia, la quale si esteriorizza poi per cause meccaniche nei punti di maggiore attrito.

La melanodermia sarebbe così giustificata dalla insufficienza cronica della midollare surrenale, la cui funzione adrenalinica (regolatrice del tono dei capillari sanguigni) deficiente, agirebbe indirettamente sulla pigmentazione cutanea.

* * *

Da tutto quanto è innanzi esposto risulta che la surrenale, organo a sè negli organismi superiori, deve essere considerata nelle varie funzioni delle sue due porzioni: corticale e midollare.

Il progresso degli studii odierni dimostra l'errore commesso in passato di aver dato solamente importanza fisiologica alla midollare per la sua secrezione adrenalinica e di avere trascurato completamente la corticale. Ma mentre oggi si dimostra che questa ha una funzione molto più considerevole di quanto in passato non si pensasse, si è caduti nell'errore opposto di dare ad essa sola valore fisiologico come organo necessario alla vita e nel ritenere la midollare quasi superflua.

La ragione di questo fatto sta nella diversità delle tecniche adoperate e nel non avere proporzionato il loro risultato alle necessità delle varie indagini. Le reazioni cromatiche adoperate un tempo, dimostratesi poco sensibili a svelare l'adrenalina in minime quantità, per come essa è contenuta nel sangue circolante, furono in seguito sostituite da metodi biologici.

Dalle ricerche odierne risulta inoltre che per quanto questi metodi biologici siano molto sensibili, tuttavia è necessario nello studio dell'adrenalinemia integrare la ricerca col rapido prelevamento del sangue in esame per evitare che l'adrenalina scompaia prima di essere svelata. A ciò si deve che Stewart colla sua tecnica della « poche-cave » per raccogliere il sangue per ricercarvi l'adrenalina ottenne risultati negativi, mentre Kodama accelerando il modo di prelevamento con questa stessa tecnica ottenne risultati positivi.

I risultati negativi di Gley e Quinquaud e di Stewart e Rogoff, in base ai quali questi autori negarono l'adrenalinemia, si dimostrarono oggi dovuti ad insufficienze tecniche.

Difatti coll'anastomosi surreno-giugulare di Tournade, che mette in evidenza gli effetti dell'adrenalinemia, viene dimostrata la necessità che in tale tipo di indagini il sangue non deve abbandonare mai la sua naturale canalizzazione per evitare che l'adrenalina, in esso contenuta, sia distrutta, prima che manifesti la sua azione fisiologica, o che venga diluita in proporzioni fisiologicamente inattive, come nelle esperienze di Gley.

La stessa alterna sorte per l'identico motivo hanno conseguentemente subìto tutti gli studii riferentesi alle variazioni della adrenalinemia sotto la azione dello splancnico, delle emozioni, del freddo e di altri stimoli.

Col perfezionamento dell'indagine sperimentale l'adrenalinemia ripiglia il suo significato fisiologico.

E così viene ancora una volta dimostrato l'errore di negare valore fisiologico ad una porzione della surrenale e di accordarlo solamente all'altra.

Le due porzioni della surrenale hanno funzioni proprie in campi differenti, funzioni che devono essere studiate ciascuna per conto proprio e contemporaneamente alle altre, perchè dalla funzionalità delle due porzioni, e non da una sola, dipende il normale svolgimento di tanti complessi fenomeni necessarii alla vita.

E così dallo studio completo delle funzioni corticali e midollari potranno essere in avvenire rischiarate tante manifestazioni cliniche, che pur essendo intimamente connesse colla funzione surrenale sono tuttavia ancora molto oscure nel loro meccanismo patogenetico. Da tale studio sistematico si potrà vedere se la deficiente funzione di una porzione o di un'altra, abbia una speciale influenza nelle manifestazioni cliniche dei varii tipi di insufficienze surrenali.

Discussione delle due relazioni precedenti.

FRANCO (Napoli). — Richiamando l'attenzione del Congresso nelle sindromi surrenali nella tubercolosi polmonare, espone il metodo da lui per la prima volta introdotto per saggiare lo stato funzionale delle capsule surrenali, sottoponendo queste nell'uomo ad irradiazione con Raggi X. Compiendo numerose esperienze e con tutti i dovuti controlli ha potuto così constatare come nella tubercolosi polmonare sia alquanto frequente la constatazione di una insufficienza surrenale.

LANDOLFI (Napoli). — Accenna al sondaggio potenziale degli organi endocrini già dall'O. proposto al Congresso di Napoli del 1921, e recentemente attuato anche con mezzi nuovi quale quello proposto dal Franco.

Ricorda le prove della resistenza alla fatica ed il massaggio protratto delle regioni lombari.

Si sofferma sulle sindroni surrenali da sifilide e specialmente da sifilide ereditaria; distinguendo la sifilide ereditaria precoce da quella tardiva. Nella prima ha potuto rilevare forme varie dalla lieve insufficienza sino alla cachessia ed alla melanoslermia, nella seconda sintomi diversi ora dovuti ad ipersurrenalismo, ora ad iposurrenalismo.

Riporta un caso di cirrosi ipertrofica pigmentaria tipo Chauffard-Hanot con sintomi di Addisoni-

smo notando come esso confermi le vedute già esposte dall'O. e dal Severino circa strette analogie fra il pigmento di detta forma e quello del morbo di Addison.

Nella eredo-parasifilide l'O. vide spesso infermi con ipotensione, astenia psico-muscolare ad angioipotonia cronica costituzionale.

Rileva come tali osservazioni possono avere notevole ripercussione per indirizzo terapeutico.

MICHELI (Torino). — Cita 2 casi di m. di Addison nei quali l'O. fece praticare un innesto di capsule surrenali tolte a scimmie. Nota come i malati di m. di Addison siano particolarmente sensibili ad ogni anche lieve choc proteinico e come per questo ogni intervento sia grave per gli Addisoniani. Dei due casi, l'uno morì poco tempo dopo l'operazione, l'altro visse, ma l'innesto è stato praticato da troppo breve tempo per giudicare dell'efficacia.

CRISPINO (Napoli). – Ritiene che la sifilide delle capsule surrenali non sia così rara come è opinione generale. Distingue 3 forme sulla sifilide delle capsule surrenali:

1) *Sclero gommosa* con la sintomatologia del m. di Addison.

2) *forme lievi* di iposurrenalismo sifilitico con ipotonia vasale, astenia, disturbi gastrici ed intestinali.

3) *forme intermedie* comprendenti sindromi Addisoniformi della sifilide nelle quali oltre l'astenia, l'ipotensione, si ha anche melanodermia, e talora macchie classiche sulle mucose.

Cita un caso personale nel quale con la terapia bismutica si ebbe una scomparsa di sintomi Addisoniani.

PENDE. — Ringrazia gli oratori che hanno preso la parola sulla relazione e ricorda come egli abbia particolarmente studiato le alterazioni di tutte le ghiandole endocrine nei sifilitici, specie negli eredosifilitici nei quali si trovano prevalentemente lesioni a tipo atrofico e sclerotico cui si accompagnano sintomi di ipofunzione. Non pensa col Landolfi che esistano analogie fra l'iposurrenalismo e la cirrosi ipertrofica pigmentaria, e si dichiara d'accordo col Crispino sull'ordinamento sistematico delle forme surrenali sulla sifilide ereditaria.

Osserva al Franco come sia la prima volta che i Raggi X vengono usati per il sondaggio funzionale del surrene e ricorda come egli abbia già distinto i tubercolosi in 'pertiroidei ed in iposurrenali, avendo questi due gruppi differenze nette di prognosi e di terapia.

Si congratula col Micheli per il tentativo di innesto del surrene ed osserva come in genere gli innesti diano effetti benefici che possono durare 2 o 3 anni. Si augura che l'innesto del surrene venga presto più largamente cimentato.

Comunicazioni attinenti alle due relazioni precedenti.

LUISADA (Firenze). — *Associazione dell'adrenalina con la trinitrina negli stati ipotensivi.* — In base a ricerche ripetutamente eseguite può concludere che l'associazione dell'adrenalina con la trinitrina determina un aumento della pressione massima, ed una diminuzione di quella minima provocando così un'influenza spiccata sulla pressione differenziale.

L'effetto è anche più spiccato usando la via endovenosa. Per via sottocutanea usa 1 milligrammo di adrenalina al $^0/_{00}$ più 3 goccie di soluzione alcoolica di trinitrina al centesimo — per via endovenosa 1/2 milligrammo di adrenalina più 1 goccia della suddetta relazione di trinitrina..

LUISADA (Firenze) — *Le sindomi ipotensive.* — L'O. osserva come nello studio delle sindromi ipotensive occorra tenere presente oltre lo stato del muscolo cardiaco, le condizioni dei vasi periferici, e la quantità di sangue che giunge al cuore. Riporta i dati ottenuti compiendo misurazioni della pressione nelle varie sezioni del corpo.

VATTUONE (Genova). — *Sulla funzione endocrina della tonsilla palatina.* — Si sofferma sulle varie opinioni emesse circa il valore della tonsilla palatina quale organo a secrezione interna, e ricorda come questo concetto sia avvalorato dalle osservazioni istologiche. Egli ha studiato l'influenza dell'iniezione di estratti tonsillari constatando che questi hanno un'azione glicolitica sia in vitro che in vivo, ed azione antagonistica di fronte all'adrenalina. Mentre l'irritazione delle tonsille palatine determina un innalzamento della glicemia, talora senza glicosuria, l'iniezione di estratto acquoso di tonsilla provoca una iploglicemia ed inibisce l'azione iperglicemica dell'irritazione delle tonsille, della iniezione di glucosio, dell'adrenalina.

GOGLIA (Napoli) — *La terapia ormonica genitalica nel morbo di Basedow.* — Sono note le strette correlazioni fra tiroide e ghiandole genitali: e l'O. osserva come i risultati terapeutici siano evidenti non solo nei casi nei quali il gozzo si manifesta nel corso d'una delle tappe della vita sessuale, ma anche quando mancano i segni di insufficienza ovarica, il che può essere spiegato col fatto che l'apparato sessuale vagotonico è oltre che antagonista, moderatore delle funzioni tiroidee per eccellenza simpaticotoniche.

ANTINORI (Palermo) — *Sull'antagonismo tra pancreas e surrene.* — Ha studiato il contenuto in adrenalina delle capsule surrenali dopo asportazione del pancreas, ed ha constatato che in primo tempo si verifica un aumento di volume delle capsule surrenali che secondariamente riacquistano ogni carattere normale. In ugual senso varia il contenuto in adrenalina. Identiche osservazioni ha compiuto asportando soltanto una parte del pancreas. Ritiene che le modificazioni delle capsule surrenali intervengano per azione nervosa, dati i legami che uniscono tutto il sistema endocrino simpatico, e non per la soppressione totale o parziale del pancreas, essendo le modificazioni constatate uguali in entrambi i casi.

RICCITELLI (Perugia) — *Studio istologico del sistema endocrino in un caso di mixedema.* — Riporta un caso clinico di mixedema nel quale potè studiare istologicamente le ghiandole endocrine riscontrando una sclerosi di tutte. Ritiene quindi che la sclerosi multipla delle ghiandole a secrezione interna non sia esclusiva di quella sindrome particolarmente illustrata e definita dal Falta.

ID. — *Contributo alla istologia delle ghiandole*

endocrine nell'osteomalacia senile femminile. — In un caso di osteomalacia senile femminile studiato istologicamente ha constatato, sclerosi totale dell'ovaia, sclerosi parziale della tiroide, integrità delle paratiroidi, infiltrazione parvicellulare delle surrenali e dell'ipofisi.

LICCIARDI (Catania). — Riferisce sul caso di un paziente che riportò un trauma della regione epigastrica e che 3 anni dopo mostrò segni di iposurrenalismo e di ipertiroidismo. Ritiene che il trauma possa avere determinato la comparsa di tali disturbi attraverso lesioni provocate nel plesso solare.

POZZI (Roma). — Riferisce i *risultati ottenuti nelle variazioni della pressione arteriosa mediante l'irradiazione dei surreni.*

Sottoponendo degli animali (cani) ad irradiazioni sia a tipo distruggente che a tipo eccitante, egli può concludere che:

1° esistono con l'irradiazione ad alta dose sulle capsule surrenali del cane delle variazioni di pressione collegate con la sede dell'irradiazione;

2° che la curva di pressione è una curva diversa secondo che l'irradiazione è fatta con filtro o senza e precisamente con l'irradiazione filtrata si assiste ad un primo aumento della pressione seguito da un lungo periodo di ritorno al normale per poi assistere ad un rialzo verso il 20° giorno mentre nell'irradiazione senza filtro il periodo intermedio è sostituito da una curva oscillante;

3° che il periodo di aumento di pressione presenta in genere da 4 a 6 giorni di latenza, ma nell'irradiazione filtrata esistono piccole oscillazioni subito dopo il 1° giorno;

4° nell'irradiazione ad alta dose ad un periodo di aumento di pressione segue un periodo di caduta con la morte dell'animale.

MASELLI (Roma) — *Irradiazione della tiroide con piccole dosi di r. X.* — L'O. ha ottenuto, sul cane, iperglicemia talvolta notevole nelle prime due ore dall'irradiazione. L'iperglicemia non si è accompagnata a glicosuria.

Talora dopo l'irradiazione della tiroide si è ottenuto un aumento della sensibilità adrenalinica nei cani medesimi.

Simili effetti l'O. ha avuto con l'irradiazione di tiroidi Basedowiane. In un caso di morbo di Basedow la prova della iperglicemia sperimentale di comportamento normale prima della irradiazione, ha dato luogo, dopo l'irradiazione, ad iperglicemia notevole.

Tali reperti parlano, se bene non si abbiano dati per spiegare l'intimo meccanismo del fenomeno, per una diretta influenza della tiroide nel ricambio degli idrocarbonati quando la tiroide sia sottoposta a stimoli che sono ritenuti capaci di aumentarne o modificarne la normale attività.

MARINO e MILANI (Roma). — *Variazioni della glicemia per irradiazione del pancreas, dell'ipofisi e dei surreni nel diabete.* — Gli AA. hanno seguito le modificazioni quantitative del glicosio nel sangue e nelle urine di diabetici, sottoposti a irradiazione, a tipo eccitante, del pancreas e a irradiazione, a tipo intensivo, dei surreni, della tiroide, della ipofisi e dell'ovaio, cercando di studiare se le modificazioni ottenute hanno un valore terapeutico. Dal complesso delle osservazioni raccolte risulta:

1° in alcuni casi di diabete irradiando il pancreas, a tipo eccitante, si ottiene un abbassamento del tasso glicemico che attraverso piccole oscillazioni può perdurare da 7 a 10 giorni;

2° nelle successive irradiazioni l'abbassamento del tasso glicemico è meno sensibile e meno duraturo;

3° in altri casi, specie nelle forme gravi, alla irradiazione dopo o non un lieve e transitorio abbassamento, il tasso glicemico raggiunge cifre più elevate di quelle iniziali. Persistendo nella irradiazione il tasso glicemico va costantemente aumentando;

4° l'irradiazione dell'ipofisi, a tipo intensivo, non porta, almeno nei diabetici comuni, a modificazioni degne di nota. Invece nel diabete acromegalico alla terapia ipofisaria corrisponde una diminuzione notevole e duratura del tasso glicemico stesso;

5° alla irradiazione dei surreni, a tipo intensivo, segue aumento del tasso glicemico dopo le 24 ore e successiva diminuzione dopo 4-5 giorni, che può perdurare 3-4 giorni;

6° alla irradiazione dell'ovaio, a tipo di castrazione, dopo temporaneo aumento può seguire una diminuzione della glicemia transitoria; alla irradiazione della tiroide seguono lievi oscillazioni non degne di rilievo;

7° alla glicosuria nei diabetici irradiati sul pancreas segue un comportamento analogo a quello del tasso glicemico: la diminuzione della glicosuria appare però più accentuata specie nella irradiazione dell'ipofisi in casi di diabete acromegalico e nella irradiazione anche della tiroide e così talora mentre i valori della glicemia persistono ancora alti, la glicosuria può perfino mancare aumentando pure la soglia di tolleranza agli idrati di carbonio.

Dall'insieme dei risultati gli AA. credono di poter concludere che per quanto riguarda l'azione dei raggi X, a tipo eccitante, sul pancreas le modificazioni ottenute non possono assurgere a un valore terapeutico, anzi è opportuno procedere cautamente nella terapia, specie nei casi gravi, perchè il pancreas successivamente stimolato sembra stancarsi nella sua funzione onde il tasso glicemico può raggiungere valori elevati; e analogamente per quanto riguarda l'irradiazione delle altre ghiandole le modificazioni non possono avere che un valore relativo per quanto tenendo conto della sola glicosuria i risultati potrebbero essere apparentemente interpretati come favorevoli.

Seduta pomeridiana.

Presidenza: DEVOTO.

Comunicazioni varie.

V. ASCOLI, S. SILVESTRI, S. MARINO (Roma) — *L'insulina nella terapia del diabete mellito.* — Dal complesso dei risultati ottenuti sottoponendo a trattamento insulinico 40 casi di diabete risulta che:

1° esistono casi di diabete grave con tendenza

al peggioramento, nei quali l'insulina agisce temporaneamente e solo per il tempo somministrata;

2° esistono casi di diabete di gravità media, che risentono dell'azione dell'insulina in modo più duraturo, conservando i beneficii raggiunti per un lungo periodo di tempo, dopochè è stata sospesa la somministrazione dell'insulina;

3° esistono infine casi di diabete grave, che possono pervenire fino al coma, sensibilissimi all'azione dell'insulina, che riacquistano quasi completamente le loro normali funzioni.

L'interpretazione di questi risultati, secondo gli AA., si appoggia al concetto che le deviazioni funzionali, che sostengono il diabete, sieno di vario grado e quindi più o meno suscettibili di modificarsi fino al ripristino della normale completa attività. L'insulina, accanto al suo potere di sostituzione della secrezione ormonica del pancreas, svolgerebbe un'azione stimolante sul pancreas stesso, con un meccanismo finora del tutto ignoto.

Ne risulta che l'alterata funzione del pancreas, dopo un periodo più o meno lungo di riposo, sotto l'azione dello stimolo dell'insulina, limitatamente ad alcuni casi, viene modificandosi nel senso di riprendere in parte o totalmente la sua normale funzione.

ID. — *L'azione dell'insulina sul ricambio del diabete mellito.* — L'influenza dell'insulina si esplica tanto sul metabolismo degli idrati di carbonio, quanto su quello degli albuminoidi e dei grassi. Sotto l'influenza dell'insulina si nota una diminuzione della perdita dell'azoto, si ristabilisce l'equilibrio azotato e si osserva anche una ritenzione dell'azoto introdotto, compensando così le perdite precedenti, e conseguendo un aumento del peso del corpo. Gli amino-acidi del sangue e delle urine ritornano al tasso normale. Per quanto riguarda i grassi si nota che tanto gli acidi grassi che la colesterina fortemente aumentati, sono rapidamente influenzati e diminuiscono fino a portarsi al tasso normale o quasi. Le modificazioni, che riguardano sia il ricambio azotato che quello dei grassi, persistono più a lungo dell'abbassamento della glicemia e talora persiste ancora una glicemia elevata con presenza di zucchero nelle urine mentre già il comportamento dell'N. totale e delle sue frazioni, dei grassi è tornato al normale: talora invece, e ciò nelle forme più gravi, l'azione dell'insulina è più pronta sulla glicemia, mentre un'azione manifesta sui grassi compare solo più tardi. In questi casi il ricambio azotato è ultimo ad essere influenzato e per riportarlo al normale talora occorre anche aumentare le dosi dell'insulina.

In complesso però risulta evidente che qualunque sia il grado e l'estensione del perturbamento del ricambio, dovuto a insufficienza pancreatica, l'insulina è sufficiente a ricondurlo in tutto od in parte alle condizioni normali.

Presidenza: GIUFFRÈ.

PESCI (Torino). — È d'accordo col Silvestri circa i risultati della terapia insulinica. Osserva come nell'applicazione di detta cura siano da superare 3 momenti critici di grande importanza: 1° quando la glicosuria si arresta su una cifra senza scomparire; 2° quando la glicemia si arresta pure ad una cifra ancora superiore alla norma; 3° quando la glicemia è ridotta sotto la norma, ma richiede l'uso continuato di insulina sino a che la glicemia abbia preso il ritmo normale.

Cita due casi personali nei quali da tempo la glicemia permane normale ed è assente la glicosuria.

CONDORELLI (Roma) — *Sul meccanismo dell'ipoglicemia insulinica.* — Da ricerche compiute sullo zucchero libero nel sangue e su quello combinato, ritiene che nella ipoglicemia insulinica si verifichi un disturbo di regolazione, nel quale influiscono due speciali ormoni, l'adrenalina che regola il passaggio dello zucchero dalle riserve glicogeniche dei tessuti al sangue; e l'ormone pancreatico che regola il passaggio dello zucchero dal sangue ai tessuti.

BRUGI (Pisa) — *La glicemia nella polmonite lobare.* — Da ricerche compiute su numerosi casi ha potuto constatare, che nel periodo acuto febbrile si ha una costante iperglicemia da probabile disfunzione dei poteri glicoregolatori del fegato; che al momento della crisi, non si rilevano modificazioni di qualche conto; che nel periodo postcritico si hanno dapprima valori della glicemia che si avvicinano a quelli normali; successivamente una differenza inferiore alla norma fra i valori della glicemia a digiuno e quelli della iperglicemia provocata.

PIAZZA (Palermo) — *L'insulina atossica.* — Riferisce su una speciale insulina differenziabile dalla comune per caratteri chimici e biologici. È termostabile, e pure determinando notevole abbassamento della glicemia, non provoca alcun fenomeno tossico.

FELETTI (Catania). — Prende la parola per augurarsi che detta insulina possa essere largamente messa a disposizione per ulteriore studio.

BETTONI (Milano) — *La funzionalità pancreatica studiata col dosaggio della diastasi nel sangue, nelle urine e nelle feci.* — Riferisce di risultati favorevoli ottenuti sia in soggetti sani che in soggetti malati studiando la funzionalità pancreatica mediante il dosaggio dei vari fermenti in tutti i principali mezzi di escrezione (orine e feci) e nel sangue.

POGGIO (Genova) — *Il metabolismo basale nei diabetici.* — Ha studiato a tale riguardo 10 casi di diabete mellito rilevando come nelle forme medie e lievi il metabolismo basale si presenti inferiore alla norma, e nei casi gravi l'aumento del metabolismo basale sia da riportare a modificazioni della ventilazione polmonare. Il pasto idrocarbonato diminuisce le ossidazioni.

PICCININI (Milano). — Intrattiene brevemente l'assemblea sui vari elementi e gruppi farmacologici che meglio esercitano un'azione antiurica e diuretica constatabili con mezzi clinici. Si sofferma specialmente sul benzoato di tetrametilammonio e sulla cloralcaffeina.

FRUGONI C. e ANCONA G. (Firenze) — *Ulteriori*

studi sull'asma bronchiale. — Riferiscono sui risultati ottenuti sperimentando le reazioni cutanee in 200 casi di asma bronchiale e sperimentando 150 sostanze diverse. Hanno nel 52 % dei casi potuto riconoscere la causa o le cause dello stato di ipersensibilità. Hanno maggiore importanza i cereali alterati, le penne di taluni cuscini e talune polveri.

CAPALDO (Napoli) — *Sulla cura radicale dell'asma.* — Espone un metodo suo consistente nella ricerca e modificazione delle zonule sensibili nella mucosa nasale. Afferma che nel 90 % dei casi ha ottenuto guarigione radicale.

Presidenza : MARAGLIANO.

GIUFFRÈ (Palermo). — Svolge una dettagliata comunicazione sulle temperature postmortali nei vegetali e negli animali, concludendo che i fattori della regolazione del calore sono 3 : esotermia, endotermia, lisotermia.

CENTANNI (Modena). — Fa rilevare come gli studi del Giuffrè portino valido contributo alla conoscenza della infiammazione e della febbre, sui quali processi hanno importanza non lieve i fenomeni disintegrativi e integrativi e i processi biologici che si manifestano per lo stimolo di speciali agenti chimici. Ricorda la pirogenina da lui isolata fino dal 1893.

ORLANDI-NOËL. — Riporta i dati della sua esperienza circa i tumori metastatici della milza che egli ha riscontrato 7 volte su 1035 autopsie di tumori maligni. Riferisce anche su 2 casi di apparenti tumori della milza che egli per i caratteri istologici crede di poter classificare come amartomi.

MASSA (Milano) — *La funzionalità epatica nell'intossicazione saturnina.* — In 17 casi di saturnismo ha saggiato la funzionalità epatica mediante la glicemia alimentare, la ricerca dell'urobilinogeno, dell'urobilina dei pigmenti e dei sali biliari. Dai risultati ottenuti crede di poter concludere che l'ittero del saturnismo debba essere ascritto alla categoria degli itteri dissociati.

CERESOLI (Milano) — *Reperto ematologico atipico nell'anemia perniciosa.* — Osserva come vi siano forme di anemia perniciosa erroneamente classificate come leucemie acute o leucanemie. Detti casi presentano i caratteri clinici dell'anemia perniciosa ed all'esame anatomo-patologico l'esistenza di centri megaloblastici più numerosi nel midollo che nella milza e nelle ghiandole linfatiche. Nel sangue si trovano elementi basofili che, accuratamente studiati, si rivelano come megaloblasti linfoidi basofili derivanti dall'emoistioblasto : tra questo e quelli esistono tutte le forme di passaggio.

FERRATA (Siena). — Prende la parola per rilevare come l'osservazione del Ceresoli porti contributo alla dottrina dall'oratore sostenuta sull'essenza premieloide o emoistioblastica dell'anemia perniciosa.

DI GUGLELMO (Siena). — Riferisce sui reperti di cellule emoistioblastiche nel midollo osseo di casi di anemia perniciosa confermando così i reperti del Ceresoli.

MEDA (Milano). — Dopo aver accennato alla sintomatologia clinica ed ematologica della porpora emorragica cronica piastrinopenica, riporta un caso di osservazione personale ed osserva che prima di ricorrere alla splenectomia, sarebbe forse opportuno sperimentare la Roentgenterapia della milza.

PESTALOZZA (Roma). — Rileva come l'irradiazione della milza sia stata sperimentata con risultati lusinghieri nel campo ginecologico.

CHIRI (Pavia). — Cita il caso del dott. Pavesi morto per leucemia senza che la Roentgenterapia avesse portato alcun miglioramento.

FERRATA (Siena). — Riporta il caso di uno studente persiano affetto da trombopenia e che guarì in seguito ad irradiazione della milza.

LUZZATTO A. (Siena). — Riferisce brevemente sopra un particolare reperto di intensa eosinofilia a carattere sistematizzato.

30 ottobre 1924.

Seduta antimeridiana.

Presidenza : COFFLER.

Progressi nella diagnosi delle nefriti.

Relazione del prof. LUIGI FERRANNINI (Napoli).

Conclusioni.

Noi possiamo sicuramente affermare che nessun altro campo della diagnostica medica è stato così fertile di iniziative di teorie di ricerche quanto quello della diagnosi delle nefriti ; e potremmo, come al solito, aggiunger subito che tanta messe di lavoro è indice sicuro della difficoltà dell'argomento e... dello scarso valore pratico dei risultati ottenuti. Basta ripensare a quanto si è fatto per lo studio dell'albuminuria e della cilindruria, dell'idrope e dei segni fisici a carico dell'apparecchio circolatorio, della quantità del peso specifico e dell'indice crioscopico delle urine, della loro tossicità e del quantitativo delle sostanze in esse disciolte, della eliminazione delle sostanze urofane e delle scorie organiche, della funzione glandolare e del potere di diluizione e di concentrazione del rene, del bilancio alimentare, della crioscopia del sangue, del potere di concentrazione dell'urea, del quantitativo dell'azoto e delle sue diverse frazioni nel sangue, del contenuto in cloro glucosio, ecc., della costante di Ambard, della reazione urinaria, della tensione carbonica, della funzione dei tessuti.

Ciò non ostante, pochi anni fa il collega Cesa-Bianchi, quasi a conclusione di una serie di lezioni sulle nefriti poteva affermare che : « In generale noi siamo autorizzati a parlare di nefrite quando l'esame clinico e funzionale del rene dimostra la esistenza di fenomeni, che potranno anche essere semplicemente rappresentati da albuminuria o da cilindruria persistenti, che non trovano spiegazione in altre condizioni morbose dell'organismo all'infuori del rene ». Io sottoscriverei senz'altro a queste sobrie conclusioni, le quali riportano il problema diagnostico delle nefriti nei precisi termini nei quali lo metteva inizialmente Bright un secolo fa, con la semplice aggiunta di un controllo diagnostico per esclusione.

E questo, dopo un secolo di ricerche affannose e vaste, che tanti laboratorii fecero fremere, dimostra una volta di più il sovrano prevalere della Clinica sull'anatomia patologica e sull'esperimento, che spesso hanno annaspato tra metodi infidi e metodi in pratica difficilmente applicabili.

Ben disse Strumpell che «in tutta la patologia, ma soprattutto nella multiforme e complessa patologia renale, noi non possiamo fare la diagnosi di una malattia, ma delle condizioni di un malato».

Nei singoli casi occorre anzitutto fare una diagnosi generica per ammettere od escludere una lesione del rene, e per essa noi ancora contiamo soprattutto sull'albuminuria e sulla cilindruria oltre che sugli altri segni generali di alterata funzione renale.

Ad una vera diagnosi topica si comincia a rinunziare, e si preferisce distinguere le varie forme di nefriti semplicemente per il tipo del disturbo funzionale. Contando su questo, sui particolari dei sintomi suddetti oltre che su qualche altro fatto accessorio:

nelle nefrosi-lesioni a tipo degenerativo e localizzazione tubulare, più o meno corrispondente alla nefrite epiteliale o parenchimatosa, ipoclorurica, cloruremica, idropigena, le urine sono scarse, cariche, torbide, ad alto peso specifico, con molta albumina, abbondante sedimento con numerosi elementi renali e cilindri di ogni specie soprattutto grassi e liquidi liberi birifrangenti visibili come croci di Malta col microscopio a luce polarizzata; è scarsa l'eliminazione dell'acqua specialmente per causa extrarenale e quella delle sostanze solide specialmente dei cloruri nello stadio degli edemi, mentre è aumentata la eliminazione dell'azoto salvo nei periodi di intensa oliguria ed allora si ha elevazione della pressione sanguigna che concorre a determinare ipertrofia di cuore; v'è tendenza ai versamenti sierosi all'idremia, alle bronchiti, all'asistolia, ecc.;

nelle nefriti-lesioni a tipo infiammatorio e localizzazione glomerulo-vasale si possono avere diverse forme clinico-anatomiche;

nella glomerulo-nefrite acuta diffusa l'urina è scarsa, di colorito rosso più o meno cupo; di alto peso specifico, ricca di albumina, con sedimento abbondante fatto di elementi ematici e cilindri prevalentemente epiteliali; è molto scarsa l'eliminazione dell'acqua, dell'urea, dei cloruri e dei fosfati; solo nei casi gravi è alterata la concentrazione ureica urinaria; quasi mai mancano gli edemi, son costanti i segni di intossicazione; al 2º stadio (glomerulo-nefrite cronica) si ha nicturia in gran parte di origine cardiaca; al 3º stadio si ha diminuzione del potere di eliminazione dell'acqua e del potere di concentrazione ed eliminazione del cloruro di sodio, azotemia;

nella glomerulo-nefrite a focolaio solo eccezionalmente si ha oliguria, la prova dell'acqua dimostra un ritardo di eliminazione;

nella glomerulo-nefrite cronica — corrispondente alla nefrite interstiziale cronica, nefrite ipoazoturica, azotemica od uremigena — l'urina è abbondante, pallida, limpida, a basso peso specifico, con poca albumina e scarso sedimento fatto di cilindri jalino-granulosi; l'eliminazione delle sostanze solide è assai ridotta, la costante ureo-secretoria è alta; v'è comunemente ipertensione ed ipertrofia di cuore, gli edemi sono rari e scarsi; per effetto della ritenzione azotata si hanno disordini digestivi e nervosi varii con retinite albuminurica, emorragie ed il quadro della vera uremia;

nella sclerosi renale si distinguono due forme, la benigna o semplice e la maligna o combinata;

nella forma blanda benigna o semplice di sclerosi renale (nefrosclerosi benigna di Volhard) il fatto principale è l'ipertensione, la permeabilità del rene è in rapporto con le condizioni del circolo, l'eliminazione dell'acqua generalmente avviene in modo normale; le urine sono piuttosto abbondanti o non scarse, pallide, a basso peso specifico, con parecchia albumina e sedimento piuttosto abbondante fatto da cilindri di ogni specie; l'eliminazione delle sostanze solide è diminuita; v'è tendenza agli edemi, ipertrofia di cuore, facilità di fenomeni tossici; nel siero si trovano alti valori di cloro e di azoto incoagulabile;

nella forma combinata (rene grinzo genuino maligno) si ha ipertensione ed ipertrofia di cuore, urina abbondante e tenue, nicturia; la funzione renale va mano mano peggiorando, con la prova dell'acqua l'eliminazione è scarsa, ritardata e notturna, la concentrazione e la eliminazione del cloruro di sodio e la eliminazione dell'azoto sono diminuite.

Son questi gli elementi più attendibili ma non sempre assoluti — soprattutto se isolatamente presi — della diagnosi topica, che riguarda non solo il sistema istologico leso ma anche l'estensione della lesione e quindi la unilateralità o bilateralità di essa.

È soprattutto l'esame del valore funzionale dei reni quello che fornisce elementi per la diagnosi di gravità e quindi per la prognosi ed anche per la terapia. È forse questa la parte più importante e più delicata del compito diagnostico, in quanto la Clinica, specialmente per le necessità della prognosi e della terapia, deve studiar gli organi non solo nella loro condizione statica od anatomica ma anche nel loro valore dinamico o funzionale, tenendo presente che non sempre esiste un rapporto tra lesione anatomica ed alterazione funzionale, e che una sola prova funzionale non può dar mai elementi sufficienti per un giudizio sicuro; bisogna eseguirne parecchie, e specialmente quelle dell'acqua, dell'azoturia sperimentale, della cloruria alimentare, l'esame del sangue per l'azotemia, la prova del joduro di potassio, cercando di metter prima il soggetto nelle migliori condizioni sperimentali soprattutto per quanto si riferisce alla circolazione.

Comunicazioni attinenti alla relazione precedente.

LENAZ (Fiume) — *Terapia delle nefriti.* — L'O. dopo una rapida rassegna sull'anat. pat. delle nefriti e sulla frequenza di lesioni *occulte delle tonsille* in casi di nefrite, espone il suo concetto di applicare la tonsillectomia alla cura delle nefriti. Cita 14 casi di osservazione personale in 13 dei

quali ottenne così la guarigione. Ha osservato come dopo la tonsillectomia si presenti quasi costantemente una recrudescenza delle lesioni renali, cui segue un ripristino completo della funzione renale saggiata sia con l'alimentazione che con le prove funzionali. Ritiene che la suddetta crisi urinaria dipenda da un passaggio in circolo di tossine provenienti dalle tonsille. In un caso mancò detta crisi urinaria e la tonsilla fu trovata perfettamente integra; detto caso rimase senza miglioramento.

SCHUPFER (Firenze). — Osserva di aver fatto praticare la tonsillectomia in vari casi di nefrite e tra l'altro in due fratelli affetti l'uno da nefrite subacuta, l'altro da nefrite cronica. Nel primo si ebbe la guarigione, nel secondo quasi nessun miglioramento. Non ha mai osservato la crisi urinaria indicata da Lenaz e crede ciò dipendente dalla diversa tecnica operatoria.

SILVESTRINI (Perugia). — Riporta casi di nefrite in bambini guariti dopo la tonsillectomia e si sofferma su un caso di nefrite emorragica a poussée guarita completamente e durevolmente dopo l'asportazione delle tonsille.

LIVIERATO (Genova). — In accordo alla comunicazione di Lenaz cita un caso di nefrite cronica con febbre datante da circa 1 anno guarita completamente dopo la tonsillectomia.

LENAZ. — Rispondendo ai vari oratori osserva che solo una parte delle nefriti dipendono da alterazioni delle tonsille e che in tali casi soltanto può la tonsillectomia essere utile. Rileva come alle volte possono essere le tonsille integre e alterata la tonsilla faringea soltanto. Fa notare l'interesse dei casi riferiti dal prof. Silvestrini e dal prof. Livierato.

BARLOCCO (Genova) — *La classificazione moderna delle nefropatie.* — Sostiene che una classificazione delle nefriti secondo le esigenze cliniche moderne deve essere basata sulla valutazione dell'elemento eziologico, rilevando l'utilità di emanciparsi dalla consueta classificazione anatomica e movendo appunti ai concetti del Vohlard.

CARPI (Milano). — Assentendo sull'importanza della valutazione eziologica nella diagnosi delle nefriti, fa rilevare come ciò sia particolarmente utile per la terapia. Cita un caso di nefrosi luetica.

FORNARIO (Milano). — Insiste sull'importanza della distinzione delle alterazioni renali in circoscritte e diffuse osservando come a ciò si possa attribuire la discordanza tra la gravità apparente dei reperti clinici e microscopici ed i risultati dello studio della funzionalità renale. Ricorda le esperienze da lui compiute saggiando la funzione renale con il bleu di metilene, con la fluoruzina, con lo ioduro di potassio.

MICHELI (Torino). — Riconoscendo l'importanza del criterio eziologico non crede che sia possibile tuttora una classificazione fondata essenzialmente su detta base. Spesso sfugge la causa vera di una nefropatia e spesso uno stesso fattore eziologico può determinare forme anatomicamente e funzionalmente diverse. Pensa sia utile, quando è possibile integrare il concetto anatomo-patologico, clinico, funzionale che corrisponde alle forme morbose meglio definite di glomerulonefrite acuta, di secondo e terzo stadio della glomerulonefrite, di nefrosi, ecc. con il dato eziologico.

ANTONELLI (Roma). — Si associa alle idee esposte dal prof. Micheli ed osserva come nella pratica ci si trovi spesso di fronte alla impossibilità di determinare l'eziologia di una nefropatia o di fronte a troppe cause tutte accettabili. Rileva come spesso si oscilli fra il concetto di nefropatia da arteriosclerosi e quello di nefrite cronica e come in detti casi si debba pur tener conto delle intensità dei disturbi che della loro natura.

BARLOCCO (Genova). — Rispondendo ai vari oratori insiste sui concetti già esposti ed afferma che una classificazione delle nefropatie non deve essere esclusivamente ma prevalentemente eziologica e che quando anche non si possa identificare l'agente eziologico è già sufficiente l'ammetterne o stabilirne la natura infettiva.

PEROTTA. — Riferisce su ricerche personali compiute studiando la funzionalità renale nei tubercolotici con particolare riguardo alla funzione ippurica del rene stesso.

CONDORELLI (Roma). — Studiando l'innervazione del rene di cavia con il metodo dell'argento ridotto ha potuto rilevare l'esistenza di un plesso esogeno proveniente dal plesso renale e di un plesso endogeno costituito dai prolungamenti di diversi tipi di cellule raggruppate negli interstizi dei tuboli.

Seduta pomeridiana.

Comunicazioni varie.

Presidenza: prof. R. FELETTI.

PUXEDDU. — Parla sulle varie teorie finora esposte e sulle cause che determinano la *velocità di sedimentazione del sangue* e dalle sue esperienze conclude che la diatermia induce nella v. s. un ritardo notevole che va da un minimo di 40' ad un massimo di 90' e che è uguale sia per il sangue locale che per il sangue generale; che il ritardo è indipendente dal numero e dalla durata delle applicazioni, e dalla intensità della corrente; che il contenuto in fibrinogeno e globuline non varia e che la fugace alterazione della s. v. è dovuta ad una modificazione della carica elettrica dell'ambiente colloidale del plasma.

RICCIOLI (Firenze). — Esperienze condotte su cavie col bac. di Koch dimostrano il *potere vaccinante del sangue di cavia tubercolosa.* Tale potere è conservato al sangue tanto più e meglio, quanto meno gravi sono le alterazioni portate su di esso nella preparazione dell'antigeno e tanto più intensa è da considerarsi l'azione se essa si svolge su animali della stessa specie (antigeno omogeneo integrale). I risultati sono stati favorevoli.

LIVIERATO (Genova). — Espone i lavori fatti fin da 12 e più anni riguardo all'*azione dell'amigdalina* (estratto di tonsilla palatina) nelle glicosurie in genere e nel diabete in specie. L'azione della amigdalina è del tutto simile a quello dell'insulina con vantaggio a favore dell'amigdalina che si può somministrare per bocca e a lungo senza dare mai inconvenienti quali si osservano coll'in-

sulina. I casi clinici nei quali egli usò l'amigdalina si contano a centinaia. I risultati furono sempre e costantemente positivi. La glicosuria scompare, l'acetonuria ugualmente. La tolleranza per gli idrati di carbonio aumenta e gli ammalati migliorano e apparentemente guariscono e la guarigione può durare per mesi e anni.

MARAGLIANO E. — Conferma sia sul terreno clinico sia su quello sperimentale quanto il prof. Livierato ha comunicato relativamente all'amigdalina. Sul terreno sperimentale ha veduto che questa sostanza per iniezioni endovenose ha un'azione rapidamente moderatrice sulla glicemia e sulla glicosuria. In confronto della insulina l'impressione che ne ha avuto è che la sua indicazione e la sua efficacia siano episodiche e quindi si presta ad una cura sistematica meglio assai che l'insulina.

CENTANNI (Modena). — Espone diffusamente delle sue ricerche compiute nel campo della immunizzazione trattenendosi particolarmente sulla *natura ed efficacia delle stomosine*.

Si sofferma anche sulla immunità aspecifica e sulle modificazioni degli anticorpi mentre è in corso la reazione vaccino-terapica.

PIZZINI. — Osserva che nelle sue numerose esperienze cliniche e sperimentali eseguite colle stomosine Centanni in casi di tifo, pneumonite, erisipela e febbre puerperale ha ottenuto sempre i migliori e sicuri risultati terapeutici (le iniezioni di stomosine furono sempre fatte per via endovenosa) ma ha osservato anche che la stomosinoterapia presenta una spiccata specificità, vale a dire la stomosina del tifo serve punto o poco per le infezioni da pneumococco. Si osserva invece una certa efficacia per le infezioni di gruppo e domanda al prof. Centanni come egli possa spiegare questa specificità secondo la sua teoria.

CIANCI (Napoli). — Osserva a proposito di quanto ha detto il prof. Centanni di dover tenere conto di quanto si può determinare sperimentalmente negli animali sani con sostanze medicamentose e propriamente col fenolo introdotto per via endovenosa ed ipodermica a dosi non tossiche che rende il siero di coniglio iperemolitico verso il sangue di cavia, produce iperleucocitosi persistente e deviazione della chemiotassi, onde conclude di essere possibile di provocare uno stato di iperresistenza aspecifica alle infezioni mediante sostanze medicamentose.

SIVORI (Genova). — Parla su due nuove reazioni biologiche designate col nome di *sinfo* e di *enzimoreazione* basate sul potere disintegrativo che i plasmi hanno verso batteri, verso tessuti, verso alimenti quando tutte queste sostanze si trovano già così scisse dalla digestione gastroenterica da poter essere utilizzate dall'organismo durante l'effettuarsi della seconda e non meno importante: l'intraorganica.

CORSONELLO (Napoli). — Espone il *metodo del Castellino per distinguere un transudato da un essudato* e conclude essere per le precise indicazioni che offre nella differenziazione fra essudati e transudati e per la facilità di esecuzione il più interessante e il più utile nei bisogni della pratica.

JACONO (Napoli). — Dice che da sue esperienze risulta che il glucosio: 1° aumenta notevolmente il potere battericida del siero di sangue; 2° determina la comparsa di agglutinine sugli animali quando questi vengono iniettati: 3° adoperato come liquido di sospensione per i germi ne aumenta il potere antigeno rispetto al siero fisiologico comunemente adoperato.

SABATINI (Roma). — Riferisce sui risultati ottenuti applicando lo studio della *velocità di sedimentazione dei globuli rossi* nelle più svariate malattie. Egli ha constatato che la velocità di sedimentazione aumenta coll'aggravamento della malattia verso l'esito letale prima ancora che questo si possa sospettare dai segni clinici; comportamento inverso ha constatato nelle fasi di miglioramento.

DE NUNNO (Napoli). — Ha constatato in seguito a numerose esperienze che il blocco dell'apparato reticolo endoteliale è seguito da una diminuzione nella formazione delle agglutinine e delle emolisine dietro introduzione di un determinato antigeno.

MANNINO (Palermo). — Dice di aver studiato le *tepmerature locali* nel sangue, nei vari organi e nella superficie cutanea sia allo stato sano che in quello patologico e di poter concludere che l'aumento di temperatura notata nei focolai flogistici degli organi i più diversi: della cute, della pleura, del polmone, delle articolazioni, ecc., sia dovuta all'azione chimica dell'attività biologica dell'agente patogeno di tali focolai (pneumococco, bacillo di Koch, stafilococco).

FORTUNATO (Napoli). — Espone il *metodo di Snapper sullo studio della funzione renale* col metodo della sintesi ippurica e dice essere le affermazioni di Snapper esatte nel campo fisiologico, mentre nel campo patologico i reni ammalati (ad es. nefrite interstiziale cronica) eliminano assai lentamente l'acido ippurico che si forma con la somministrazione del benzoato di sodio. Nel rene arterio-sclerotico l'eliminazione è quasi normale.

COSTA (Novara). — Espone un metodo nuovo dedotto e regolato dalla reazione novocaino-formalinica e consistente nell'applicazione dell'*autoplasmo-terapia*.

DE MICHELI (Novara). — Riporta numerosi risultati favorevoli nell'applicazione dell'autoplasmoterapia nelle varie forme infettive.

BIFFI (Piacenza). — Propone per la *misurazione del volume degli eritrociti* nel sangue umano normale e patologico un suo metodo basato sull'azione di soluzioni concentrate di cloruro sodico che trasformano gli eritrociti in esame da elementi biconcavi in elementi sferici, consentendo così una rapida ed esatta determinazione del loro volume.

LIBEROPOLUS (Genova). — Riferisce di aver studiato le *modificazioni del chimismo gastrico* nell'uomo di fronte a 3 tipi di sostanze alimentari (sost. proteiche, latte ed idrati di carbonio) osservando anche l'influenza che sopra di esse ha la cottura, e come agiscono sul chimismo stesso l'adrenalina, l'atropina e la stricnina.

BAGLIANI (Novara). — Riferisce risultati favo-

revoli circa l'autoplasmoterapia e sieroautoplasmoterapia alla Costa.

D'AMATO (Napoli). — Ha ricercato la comparsa della *crisi emoclasica nei tubercolotici* mediante iniezioni di tubercolina ed ha constatato come essa sia costantemente positiva; negativa se ricercata con altre proteine, come pure negativa con la tubercolina nei soggetti sani. Inoltre ha potuto osservare che la crisi emoclasica manca in quei tubercolosi che siano stati trattati con cure iodiche o con cutivaccinazioni ripetute.

CRISPINO (Napoli). — S'intrattiene su di un caso clinico di *malattia di Aran-Duchenne* nel quale esisteva completa la sintomatologia della paralisi bilaterale del frenico.

MEDEA (Milano). — Citando osservazioni cliniche personali reca un notevole contributo allo studio dei *tumori intracranici ed estramidollari* ed allo studio clinico ed anatomo-patologico della *sclerosi a placche*.

DI PACE (Foggia). — Riferisce un caso di *corea del Sydenham* ribelle a tutte le cure più comunemente usate, che guarì con la somministrazione di paratiroidina. La guarigione data ormai da 4 anni.

31 ottobre 1924.

Seduta antimeridiana.

Presidenza: prof. L. DEVOTO.

NALLI (Tunisi). — Ha cercato di ottenere mediante aggiunta di saccarosio, dei *vaccini* di varia natura, per uso intradermico, con produzione di particolari fenomeni locali. L'O. crede di poter applicare detto metodo alla terapia delle varie malattie infettive e riporta i risultati favorevoli ottenuti nel tifo, nella tubercolosi polmonare e nelle infezioni piogene.

GALMOZZI (Bergamo). — Riferisce su 24 casi di *amebiasi* studiati nell'Ospedale di Bergamo. Alcuni casi riguardavano individui che mai si erano mossi da Bergamo o dalla provincia, e che abitavano per lo più in pianura. In 7 casi si riscontrarono delle complicazioni epatiche che 5 volte assunsero i segni di ascesso epatico. Egli ritiene non sufficiente la cura emetinica ma indispensabile la cura chirurgica. Osserva la frequenza di flogellati nelle feci degli amebiasici. Richiama la attenzione sulla frequenza delle enterocoliti amebiche nelle varie regioni d'Italia.

CIOFFI (Napoli). — Prende la parola per ricordare gli altri studi compiuti in Italia sulla amebiasi.

JACONO (Napoli). — Crede che nei casi dubbi sia di grande utilità la retto-sigmoidoscopia, mediante la quale oltre l'esame della misura intestinale, si può prelevare materiale direttamente dalle ulcerazioni.

LANDOLFI (Napoli). — Riporta un caso di dissenteria amebica ribelle alla cura emetinica, che è guarita con la cura di Neosalvarsan.

DEVOTO (Milano). — Rileva come alcune lievi modificazioni dietetiche possano aiutare nel compito talora difficile della ricerca delle amebe nelle feci.

GALMOZZI. — Risponde osservando come la rettosigmoidoscopia non possa da tutti essere applicata, e quindi come praticamente abbia maggior valore la cura emetinica di prova.

LANDOLFI (Napoli). — Comunica le osservazioni compiute su numerosi malati affetti da *forme polmonari che potevano mentire una manifestazione di tubercolosi*. Si sofferma sulle forme pseudotubercolari nell'influenza, della quale distingue tre tipi diversi. Per la diagnosi differenziale, oltre i reperti negativi del bacillo di Koch, l'O. crede abbia notevole importanza la grande variabilità della sintomatologia.

RONZONI (Milano). — Osserva la frequenza di forme apicali non tubercolari, e come sia molto difficile talora la diagnosi differenziale. Rileva la importanza della radiografia e delle iniezioni di tubercolina per la diagnosi.

LANDOLFI. — Ringrazia, riconosce l'importanza dei radiogrammi, ma fa qualche riserva sull'uso e sull'utilità delle prove tubercoliniche.

VERDE (Napoli). — S'intrattiene sull'efficacia della *autovaccinoterapia*, esponendo i risultati ottenuti nella sua esperienza su numerosi casi.

VERDE. — Riferisce successivamente sui *riflessi vasali*.

CARPI (Milano). — Riferisce ampiamente su un caso interessantissimo di *ependimoma del IV ventricolo* a decorso pseudomeningitico cronico senza sintomi a focolaio nonostante le dimensioni notevoli del tumore. Si trattava di una forma papillomatosa superficiale, senza partecipazione del tessuto nervoso, sulla cui sintomatologia dimostrarono effetto utile le rachicentesi ripetute.

JACONO (Napoli). — Esponendo le sue ricerche da parecchi anni perseguite sull'importanza dei funghi nella patologia umana, riferisce su un caso molto interessante di *moniliasi ossea* e sui metodi impiegati per l'accertamento diagnostico.

MARAGLIANO E. (Genova). — *Lo stato attuale della vaccinazione antitubercolare preventiva*. — Richiama brevemente gli studi e le proposte fatte per l'applicazione di una vaccinazione preventiva contro l'infezione tubercolare, proposte basate sulla legge che l'antigene tubercolare determina nell'organismo lo sviluppo di sostanze immunitarie delle quali sono testimonianza i risultati delle prove di laboratorio. A questa proposta seguirono obiezioni, dubbi, e denigrazioni, ma successivamente Calmette che negava ogni produzione di fenomeni immunitari, si dimostrò altamente fautore della vaccinazione come unico mezzo per combattere la infezione tubercolare.

Così pure si espresse Shiga.

L'attendibilità della vaccinazione preventiva è dimostrata dall'accordo ormai generale.

Circa il materiale vaccinante l'O. si riafferma sull'antigene da lui proposto e costituito da culture virulente di bacilli di Koch, uccisi col calore a 120°. Detto materiale determina veramente la produzione di anticorpi, come è dimostrato e dalla deviazione del complemento e dalla enzimoreazione. A detto materiale vaccinante i bacteriologi

hanno mosso l'obiezione che i bacilli uccisi col calore perdono parte del loro potere antigene e tale obbiezione è anche recentemente ripetuta dal Calmette senza però darne una dimostrazione.

Ma anche dal punto di vista generale e per qualsiasi infezione, il potere di provocare la formazione di sostanze immunitarie, non è legato nè alla virulenza nè alla quantità dell'antigene, entrando sempre in campo, come fattore di particolare importanza il terreno organico, con la sua varia recettività e reazione all'antigene.

Ed infatti Gengon e recentemente anche Bouquet sostengono che i bacilli uccisi col calore hanno il potere di provocare nell'organismo la formazione della maggior copia di anticorpi. L'O. contesta l'affermazione del Calmette sull'esito di ricerche compiute nell'Istituto Fippe di Filadelfia, con il vaccino Maragliano, e riporta invece le conclusioni dei lavori compiute in detto istituto con risultati pienamente favorevoli.

L'O. riporta gli studi più recenti compiuti sulla vaccinazione antitubercolare e come nuove conferme siano comparse sul valore antigene di bacilli uccisi, e riferisce sulla composizione dei vaccini recentemente proposti ed usati dal Ponndorf, basati tutti sull'impiego di bacilli morti o emulsionati, o in vario modo sottoposti a particolare osservazione.

Osserva come studi recenti della scuola francese abbiano portato alla attenuazione del bacillo di Koch, coltivato con mezzi impregnati di bile, sì da avere un bacillo della tubercolosi vivo, ricco di potere vaccinante, ma incapace di produrre noduli tubercolari, e ricorda come esperienze perseguite da molti anni abbiano dimostrato come i bacilli attenuati siano pericolosi perchè introdotti nell'organismo umano possono riacquistare la loro primitiva virulenza.

Da tutto ciò peraltro si deduce come anche da coloro che si erano dichiarati contrari alla vaccinazione, venga oggi ammessa la possibilità di ottenere una vaccinazione antitubercolare usando o l'uno o l'altro materiale antigene.

L'O. passa quindi in rassegna le varie tecniche usate nella vaccinazione, esprimendosi favorevole al metodo cutaneo e trattando particolarmente le ragioni che lo hanno convinto sull'utilità dell'impiego di questo metodo.

Rileva come in Italia la vaccinazione sia stata lungamente studiata ed applicata, e come a differenza degli altri paesi, l'Italia abbia svolto detta vaccinazione particolarmente sull'uomo. Osserva però come in Italia, lo studio della vaccinazione pure essendo stato largo e intenso, sia sempre rimasto circoscritto ad alcune parti e non ancora abbia assunta quella generalizzazione e diffusione che sono da augurarsi per un maggiore vanto nostro nella risoluzione di un così importante problema.

Circa la vaccinazione curativa, nota come essa sia stata applicata in Francia e in Germania e come le esperienze siano più largamente diffuse. Osserva come egli abbia proposto ed impieghi per il fine curativo un vaccino solubile.

L'O. chiude affermando la sua maggiore fiducia nella vaccinazione preventiva per la quale si augura una larga e rapida generalizzazione.

Prendono la parola DEVOTO, RONZANI, LANDOLFI, BARBARA, FORNARIO, riportando in parte i risultati di osservazioni personali ed esprimendo tutti il voto che siano chiaramente continuati e largamente applicati quei metodi di studio che tanta luce ebbero dal Maragliano e dalla sua scuola.

Seduta pomeridiana.

Presidenza sen. MARAGLIANO.

MORELLI (Pavia). — *Frenicotomia e pneumotorace artificiale.* — Ricorda come talvolta dopo il pneumotorace non sempre il polmone si riespanda completamente, in tali casi colla frenicotomia si può provvedere alla diminuzione della cavità pleurica individuale.

ID. — *Sulla cura dell'empiema pleurico.* — In 40 casi ha avuto guarigione costante con lavature sistematiche del cavo pleurico, quando si ha empiema in campo del pneumotorace. Egli ha impiegato soluzioni di cresosol.

Nell'empiema comune la guarigione si ha soltanto nel 40 % dei casi con le lavature sistematiche. Quando questo mezzo non porta alcun miglioramento occorre ricorrere alla toracotomia.

Più difficile la guarigione quando l'empiema è complicato a fistole polmonare ed in tal caso è indicata la demolizione costale extrapleurica.

ID. — *Importanza chimica del morbo di Jakson.* — Crede che si tratti di una membrana a tipo congenito, cui segue una stitichezza cronica con deperimento continuo. Pensa che la stitichezza non sia legata alla stenosi più o meno accentuata, ma ad una diminuzione della motilità dell'intestino. Insiste sulla necessità di una diagnosi più che si può sicura per la quale serve talvolta molto bene la radioscopia (colon a canna di fucile), data la efficacia dell'intervento chirurgico.

ID. — *Su le coloptosi.* — Si rafferma sull'importanza delle coloptosi e sui danni che ne derivano all'organismo fra i quali notevole l'associazione fra tubercolosi polmonare e coloptosi nei tipi longilinei, con conseguente influenza tossica delle coloptosi sull'organismo e specialmente nel focolaio tubercolare.

RONZONI (Milano). — Domanda quando può la frenicotomia sostituire o avantaggiare il pneumotorace; in quali casi sia utilmente applicabile; quali i vantaggi che essa determina.

Circa la coloptosi pensa che essa possa esercitare azione depauperante sull'organismo.

LORENZANI (Parma). — Domanda a Morelli se egli ha inteso trattare degli empiemi tubercolari o degli empiemi comuni. Circa le coloptosi, osserva come possa invocarsi anche una influenza di modificazioni del sistema endocrino simpatico, e ciò in riguardo anche ai disturbi psico-sensoriali ed all'abito astenico che spesso si riscontrano in detti pazienti.

FORNARIO (Milano). — Cita un caso di lesione apicale iniziale, congiunta a ptosi gastrica spiccata.

FERRATA (Siena). — Crede opportuno distinguere due forme di ptosi, una costituzionale, ed una acquisita in seguito a parti numerosi ed a mancanza di qualsiasi cura. Cita casi di osservazione personale del tipo vagotonico.

MORELLI. — Risponde al Lorenzani che le forme di empiema da lui curate sono tanto quelle tubercolari che le altre. Circa le ptosi osserva come egli abbia toccato soltanto uno dei gruppi delle ptosi e riafferma il concetto esposto che l'associazione frequente tubercolosi e coloptosi dipende probabilmente dal fatto che tanto gli uni che gli altri sono per lo più longinei. Alle domande del Ronzoni circa la frenicotomia, risponde che la localizzazione basilare del processo tubercolare ha importanza, ma non assoluta, giacchè il miglioramento dipende dalla diminuzione della espansione inspiratorio del polmone. Crede più utile il pneumotorace della frenicotomia quando esso possa essere applicato e giovevole la frenicotomia quando esiste una sinfisi pleurica. È necessario intervenire colla frenicotomia nei fatti cronici, non in quelli acuti. Il taglio del frenico è pure di grande utilità nei casi di emorragia e giovevole nei casi di bronchiectasie e di empiemi.

LORENZETTI (Milano). — Si intrattiene brevemente su due casi di leucemia mieloide e tubercolosi, osservando una attenuazione della leucemia così come si può rilevare per associazione di altre forme infettive.

GUZZI (Milano). — Dimostra un nuovo apparecchio per pneumotorace di facile maneggio e di piccole dimensioni.

Presidenza: DEVOTO.

COVA (Garbagnate). — Tratta di un nuovo metodo per vaccinazione antitubercolare basato sull'introduzione in bolle da vescicante, potendosi così osservare di ora in ora il grado della fagocitosi. Riferisce di risultati favorevoli ottenuti con l'applicazione del suo metodo.

CARPI (Milano). — Rileva l'interesse della comunicazione del Cova, e osserva come essa collimi con la tendenza moderna di eseguire vaccinazioni ricorrendo agli strati superficiali del derma.

COVA. — *Sulla torascopia.* — Rileva che ha una applicazione pratica limitata servendo solo nelle pleuriti plastiche e nell'esame delle varie alterazioni anatomo-patologiche della pleura. Osserva come la torascopia sia utile nell'applicazione del metodo di Jacobaeus.

CARPI (Milano). — Conferma il valore della torascopia specie per l'applicazione della sezione delle aderenze aggredibili. Cita un caso utilmente trattato con l'operazione di Jacobaeus.

SELLA. — Comunica un caso di pneumotorace artificiale con ernia mediastinica.

CECCHINI (Milano). — Comunica alcune note cliniche di due casi concernenti una broncopolmonite ed una pleurite controlaterale complicanti il decorso del pneumotorace terapeutico.

ISELLA (Milano). — Rileva l'importanza di ripetere molte volte l'esame dell'espettorato nella ricerca del bacillo di Koch, potendo l'esame essere spesso per molti giorni negativo, e positivo saltuariamente. Si sofferma sulla utilità del metodo del Luisi e sulla sua superiorità sugli altri metodi.

MARINO, GHIRON (Roma). — *Azione vaccinante ed azione ipersensibilizzante di tubercoline ottenute da differenti ceppi di bacilli tubercolari.* — Come è noto, il b. t. ucciso possiede proprietà anafilattiche distinte dalle proprietà sensibilizzanti. Gli AA. hanno ricercate queste proprietà anafilattiche in un ceppo t. b. isolato da una ghiandola umana. Hanno proceduto con la tecnica seguente:

Cavie, iniettate per 10 giorni consecutivi con 2 mmgr. di b. t. uccisi, secchi, sono sottoposte dopo 30 giorni di riposo alla iniezione di scoppio. Si osserva che, mentre le cavie non trattate muoiono, quelle trattate anzichè avere lo scoppio anafilattico come di consueto, presentano un periodo passeggero di malessere e formazione di un'escara sul punto di iniezione, che in seguito cade e guarisce completamente.

Queste osservazioni dimostrano che le leggi generali sulla immunità tubercolare possono subire notevoli modificazioni in rapporto allo stipite di bacilli usati, poichè le cavie in esame hanno reagito alla stessa dose di bacilli, che avrebbe dovuto prepararle allo scoppio anafilattico, come se fossero state vaccinate.

Questa osservazione collima con altre proprietà dello stipite isolato riguardo alla sua virulenza, che verranno in seguito comunicate.

GOGLIA (Napoli). — Comunica le sue osservazioni su coefficiente uro-emolitico nella tubercolosi polmonare; sulla funzionalità epatica nei tubercolosi e sul valore dell'indice emotonico di Declairfayt nella tubercolosi polmonare.

FRANCO (Napoli). — Sulla terapia specifica della tubercolosi rileva come si possa utilmente impiegare detta terapia nelle forme evolutive. Ha ottenuto nella sua esperienza risultati molto soddisfacenti associando il Tebecen con il siero antitossico Maragliano.

CORSONELLO (Napoli). — Osserva che la reazione del Costa nella diagnosi della tubercolosi polmonare non ha alcun carattere di specificità, nè presenta alcuna utilità pratica.

FANELLI (Napoli). — Si intrattiene su una nuova zona d'allarme nella infezione tubercolare latente del polmone.

CIOFFI (Napoli). — Espone ricerche relative alla batteriolisi del bacillo di Koch introdotto nel peritoneo della cavia e sull'influenza dei linfociti sulla distruzione del bacillo di Koch per effetto dei fermenti lipolitici contenuti nei linfociti stessi.

LORENZANI (Parma). — Circa la cura della tubercolosi polmonare col pneumotorace, richiamà l'attenzione su alcune complicazioni e specialmente sui versamenti pleurici dei quali appare non ancora ben chiarita la patogenesi.

L'O. pensa che qualche valore abbia anche il fattore meccanico di compressione sui vasi. Afferma che insorgenza di polmoniti o di pleuriti controlaterali determina un aggravamento della forma tubercolare. Nei riguardi della sintomatologia si sofferma sul timpanismo, sul soffio anforico che può comparire dal lato del pneumotorace,

e che egli ritiene fallace nella interpretazione dai più data. Ritiene più importante come sintomo della compressione del polmone la scomparsa del respiro.

MAROTTA (Napoli). — Comunica le modificazioni osservate nel contenuto in anticorpi nel sangue di individui sottoposti alla collassoterapia. Per lo studio ha usato il metodo della deviazione del complemento.

FORNARIO (Milano). — L'O. si intrattiene sulla associazione sifilide e tubercolosi, per la quale ha distinto 4 gruppi:

1) tubercolosi contagiati di sifilide;

2) sifilitici contagiati di tubercolosi;

3) casi di sifilide ereditaria in individui tubercolosi;

4) casi di sifilide ereditaria con sviluppo successivo di infezione tubercolare.

Ha seguito i suoi casi per molti anni, e fra essi ha avuto soltanto tre morti.

Rileva come siano meglio studiate e più frequentemente diagnosticate le forme di sifilide polmonare, e si intrattiene ampiamente sulla cura per la quale l'uso degli arsenobenzoli deve essere regolato dalla eventuale presenza di insufficienza epatica non rara nei tubercolosi e nei sifilitici ereditari.

VERBINA (Torino). — Nella cura delle pleuriti consecutive all'applicazione del pneumotorace terapeutico, propone di associare il trattamento specifico con tubercolina, con quello aspecifico con raggi ultra-violetti.

REINA (Milano). — Ha studiato l'*azione dei Roentgen sulla mucosa gastrica ed intestinale* compiendo ricerche sugli animali e rilevando all'autopsia segni di lesioni infiammatorie la cui intensità era in rapporto alla dose di raggi impiegati.

CESA-BIANCHI (Milano). — Riassume lo stato delle nostre conoscenze odierne sulla *linfogranulomatosi*. Egli si dichiara contro l'opinione che il linfogranuloma maligno sia di natura tubercolare, e rileva come detta forma si vada facendo sempre più frequente. Circa la sintomatologia richiama l'attenzione sulla presenza di una nefrosi nel corso della linfogranulomatosi; aggravantesi ciclicamente nei vari periodi della malattia. Egli ha potuto osservare forme generalizzate a forme localizzate, forme croniche e forme gravissime a decorso acuto ed un caso di linfogranuloma della sottomucosa gastrica ed intestinale. Rileva le difficoltà diagnostiche nelle forme acute ed in quelle localizzate e persino come talora solo il reperto istologico possa permettere una diagnosi sicura, non essendo in alcuni casi sufficienti i soli reperti anatomici grossolani.

L'O. si sofferma particolarmente sul noto caratteristico reperto istologico e richiama l'attenzione sulla importanza della biopsia quando ciò sia possibile per l'accertamento diagnostico.

SABATINI (Roma). — Condivide pienamente le idee svolte dall'O. e rileva come anche nella Clinica Medica di Roma sia stato riscontrato un aumento nella frequenza dei casi di linfogranulomatosi.

CERESOLI (Milano). — *Rapporti ormonici fra tiroide, ovaio e placenta.* — Iniettando estratti di placenta in animali femmine e per circa un mese ha ottenuto un notevole aumento di volume della tiroide e della porzione corticale della surrenale. Le modificazioni istologiche della tiroide ricordano quelle gravidiche; nelle surrenali si ha aumento dei lipoidi.

Presidenza: prof. COFFLER.

LICCIARDI (Catania). — A proposito della *cura della malaria* col chinino e della complicazione della emoglobinuria propone un nuovo metodo di cura basato sull'associazione di estratto alcoolico di eucaliptus globulus con acido citrico e arsenioso.

AJELLO (Milano). — Riporta un caso di *diabete trattato con l'insulina* nel quale si ebbe la morte per coma in seguito a sospensione della terapia. Riferisce inoltre osservazioni cliniche e sperimentali circa l'intossicazione da piombo.

CASTAGNA (Roma). — Riferisce risultati favorevoli ottenuti col trifenil nella cura delle malattie infettive ed in una successiva comunicazione riporta un caso di mastite bilaterale insorta nel corso di un'influenza.

DI PACE (Foggia). — Espone alcune interessanti osservazioni cliniche relative a peritonite acutissima generalizzata da malaria, a due casi di orchite malarica ad un caso di sindrome cerebellare da malaria. Riporta inoltre contributo clinico alle localizzazioni respiratorie nella febbre mediterranea ed alle complicazioni dell'eresipela.

CLEMENTE (Bari). — Riferisce sulla frequenza di localizzazioni respiratorie nella febbre di Malta secondo quanto deriva dalla sua esperienza.

MAROTTA (Napoli). — Fa notare come alle volte la febbre di Malta possa far risvegliare una tbc. polmonare larvata o latente.

CARRERAS (Pisa). — Comunica il risultato di una serie di esperimenti sugli animali nell'intento di saggiare gli effetti della stasi biliare per legatura del coledoco sulla funzionalità epatica. Egli avrebbe riscontrato una dissociazione fra le varie attività funzionali del fegato, onde la necessità in Clinica di procedere sempre alla esplorazione globale di tutte le funzioni epatiche.

BARBARA. — Riporta risultati favorevoli ottenuti nella terapia del tifo dei bambini mediante l'uso del vaccino lisizzato secondo Di Cristina-Caronia. Egli ha notato soltanto insuccessi nel 5% dei casi.

MAROTTA (Napoli). — Circa le pseudo cardiopatie dell'infanzia osserva come i soffi percepiti non siano sempre segno di lesione anatomica e ne espone le condizioni fisiologiche di produzione.

MAROTTA (Napoli). — Descrive il fremito sopraclavicolare riscontrabile nella tbc. e che egli ritiene dovuto all'arteria succlavia.

MATTEUCCI (Ancona) — *I limiti e la valorizzazione dell'attinoterapia.* — L'O. osserva che occorre tenere presente 4 punti capitali: penetrazione, meccanismo fotobiologico, sensibilizzazione, mezzo di

produzione dei raggi ultravioletti. Ritiene necessario di estendere l'irradiazione anche alle mucose.

MAURO. — Circa la leucopedesi endogastrica nei vari stati morbosi osserva come essa non presenti in fondo sostanziali variazioni nelle diverse malattie e come anche non sia molto influenzata dalla secrezione acida.

TARSITANO (Napoli). — Sulla prova di Barànyi ha constatato che detta reazione è positiva nelle affezioni polmonari e sifilitiche gravi, negativa nelle forme lievi Non ritiene però che cosa possa avere un valore prognostico di qualche entità.

Terminate le comunicazioni, prende la parola il sen. E. MARAGLIANO constatando come l'attuale Congresso abbia riunito una numerosa schiera di medici di vari istituti scientifici d'Italia e di molti ospedali, e come sia riuscito particolarmente importante e per l'oggetto delle relazioni svolte e per la natura ed il numero delle comunicazioni riferite. Porge a nome di tutti i convenuti il ringraziamento più vivo al Comitato Ordinatore e specialmente al prof. Devoto, al sen. Mangiagalli ed al Comune di Milano, affermando come una volta di più Milano si sia dimostrata all'altezza di quella fama che tutti le riconoscono, sia per il suo spirito di ospitalità sia per quanto ha saputo conseguire tanto nel campo scientifico che in quello industriale.

Rileva inoltre come l'attività scientifica di tutti i medici di Milano dimostri ancora una volta come questa città sia veramente degna di ospitare quella nuova e grande Università che sta per sorgere.

Il sen. Maragliano chiude il suo discorso facendo l'augurio che la maggior parte dei medici partecipanti a questo Congresso possa riunirsi presto di nuovo in Milano per assistere all'inaugurazione della Università Milanese che l'Italia attende nella fede di vedere in essa rinnovati e perseguiti gli studi medici nostri.

***

Non appena ci saranno note le decisioni del Consiglio Direttivo della Società di Medicina Interna, la sede del futuro Congresso, i temi scelti, ed il nome dei rispettivi Relatori, ne daremo comunicazione.

E. TRENTI.

AVVERTENZA. — Il resoconto della parte restante del Congresso chirurgico e i resoconti di altri Congressi in rapporto con la Chirurgia verranno pubblicati nel prossimo numero. (*N. d. R.*).

Il prof. Vittorio Ascoli, appena giunto a Milano ha dovuto per una indisposizione fortunatamente lieve, rinunciare di prendere parte alle sedute del Congresso.

A tutti coloro che hanno a lui in vario modo manifestato il loro vivo interessamento ed il più fervido augurio per una pronta guarigione, il prof. Ascoli, a mezzo del nostro giornale, invia l'espressione della sua gratitudine ed un vivissimo saluto riconoscente.

Congresso della Società Italiana di Oto-Neuro-Oftalmologia.

Napoli, 24-25-26 ottobre 1924.

Il Congresso si inizia con i discorsi del prof. Salvioli, che saluta i congressisti a nome del Rettore Magnifico; del prof. Corselli, che parla a nome del Prefetto; del prof. Angelucci, che reca il saluto del R. Commissario di Napoli e del prof. Gherardo Ferreri, che, come presidente del Comitato ordinatore del Congresso, illustra l'importanza della Società oto-neuro-oftalmologica. Segue l'illustre prof. sen. Leonardo Bianchi, che, in una magistrale lezione, dimostra le relazioni che esistono fra occhio, orecchio e cervello ed indaga l'importanza della vista e dell'udito per lo sviluppo armonico dei processi psichici e l'influenza che le immagini sensoriali hanno sull'attività estetica dei grandi artisti. Termina augurando che il Congresso dimostri come le diverse branche della scienza non dimenticano gli ideali comuni della biologia ed affermando che la produzione scientifica e tecnica deve sopratutto mirare alla formazione di una salda coscienza etica.

Comunicazioni.

ANGELUCCI. — *Immagini ipofisarie caricaturali nell'arte dell'epoca Alessandrina.*

PORTMANN et PESME. — *La diagnostique des neurites optiques retrobulbares d'origine sinusienne.* — Gli AA. riportano due casi di neurite ottica da lesioni dei seni sfenoidali, un caso di nevrite retrobulbare bilaterale in un diabetico e due casi di nevrite retrobulbare di origine luetica. In tutti questi casi esisteva uno scotoma centrale, per lo più assoluto. L'associazione dello scotoma centrale, con una lesione obbiettiva della papilla ottica fa pensare agli AA. che un'affezione dei seni possa determinare un'associazione sintomatica atipica di uno scotoma centrale dovuto a neurite retrobulbare e di una papillite.

DE VINCENTIS. — *A proposito di un caso di neurite ottica rinogena.*

MEZZATESTA — *Alterazioni del nervo ottico nelle lesioni dei seni.* — La lesione dei seni produce di frequente alterazioni del nervo ottico. Per evitare l'atrofia è necessaria la diagnosi precoce con un accurato esame radiografico e campimetrico.

DE ROSA. — *Atrofia ottica da neurite retrobulbare e sinusite sfenoidale.*

CITELLI. — *Sinusite frontale purulenta acuta con gravi fatti orbitarii guarita col mio metodo.*

TORRIGIANI e PEREYRA. — *Esoftalmo da ascesso cronico retro-orbitario di difficile diagnosi.*

DE MAIO. — *Influenze delle vegetazioni adenoidi, dell'ipertrofia dei cornetti nasali e dell'ozena su talune affezioni oculari.* — Illustra vari casi di vegetazioni adenoidi, di riniti ipertrofiche con degenerazione polipoide e di ozena, i quali furono causa di disturbi oculari con più o meno notevole diminuzione del visus. Questi scomparvero, e la vista ritornò normale a mano a mano che con cure locali si completava la guarigione dei fatti nasali e del cavo nasale-faringeo. Riporta dei casi di cefalea essenziale resistenti a tutte le cure me-

diche e scomparse dietro l'asportazione di vegetazioni adenoidi; un caso di sfenoidite latente, scoperta solo quando apparvero i primi fenomeni della neurite ottica, e guarita, insieme a questa ed ai molteplici altri disturbi (febbre, deperimento, emicrania, ecc.) con l'opportuno trattamento chirurgico sul seno sfenoidale; due casi di diminuzione del visus in individui avanzati in età, guariti dopo l'asportazione dei polipi nasali e di cellule etmoidali cariate; un caso di diminuzione della vista a sinistra e di quasi completa cecità a destra, residuata da pregressa meningite sierosa, notevolmente migliorato dopo l'asportazione delle vegetazioni adenoidi.

ROSSI — *L'adenotomia in alcune oftalmopatie.* — Illustra i rapporti intimi tra patologia oculare e oto-neuro-laringoiatria e riporta dei casi di congiuntivite (follicolare, tracoma, catarro primaverile) verificatisi in soggetti adenoidei, guariti con la sola adenotomia. Richiama l'attenzione sulla unicità del processo morboso che si manifesta nella mucosa dei vari organi contenuti nello stesso segmento cranico in una data età della vita. La relazione tra adenoidismo è certe malattie oculari acquista valore di certezza quando si consideri la malattia oculare relativa ad una costituzione organica. L'adenotomia giova provocando l'involuzione di organi non più necessari alla vita, e correggendo tutta la costituzione organica dell'individuo. L'autore formula il voto perchè nelle scuole, all'ispezione oculare venga abbinata l'ispezione del cavo naso-faringeo, sede di talune malattie che si ripercuotono sulla costituzione organica e sulla psiche dei fanciulli.

BERTOLOTTI — *Diagnosi radiologica dei tumori basilari del cranio.* — L'O. afferma che l'indagine Röntgen si va dimostrando indivisibile dalla diagnosi di lesione dei nervi cranici ed in ispecial modo del secondo paio, per tutte quelle lesioni di esso che dipendono da alterazioni infiammatorie o neoplastiche dei seni etmoidali e sfenoidali. È necessario però per questi casi conoscere prima e studiare le condizioni anatomiche preesistenti (anomalie) delle regioni suddette. Questo studio dovrà essere portato specie nel primo e secondo decennio di vita tenendo conto delle interferenze che possono esistere tra le alterazioni del sistema linfatico del rino-faringe e taluni poco noti processi ostei-meningei, che da essi derivano (ad esempio, la sindrome di craniostenosi patologica). L'O. tratta in seguito l'argomento della diagnosi radiologica dei tumori endocranici. Accenna come fino ad ora si siano avuti risultati positivi solo per i tumori ipofisarii e paraipofisari. Gli altri tumori li distingue in visibili ed invisibili. Si preoccupa specialmente della diagnosi di questi ultimi. Essi si possono manifestare con modificazioni sulle ossa del cranio e con modificazioni a distanza. Le prime sono facili ad essere riconosciute. Le seconde rappresentano invece la parte più difficile ad essere praticamente interpretata. L'O. nega che in base all'esame delle modificazioni a distanza si possa stabilire la diagnosi differenziale tra ipertensione secondaria a tumori cerebrali ed ipertensione dovuta all'idrocefalo acuto od alla meningite sierosa. Spiega la genesi delle impronte delle circonvoluzioni cerebrali sul tavolato interno della calotta, della diastasi delle suture, della distensione dei seni venosi e delle usure circoscritte alle zone corrispondenti alle granulazioni di Pacchioni. Accenna alla ventricolografia quale mezzo d'indagine utilissimo ma pericoloso. Illustra le sue ricerche personali sui tumori del pavimento della fossa media e sui tumori dell'acustico e dimostra l'importanza della proiezione assiale del cranio per il rilievo delle eventuali usure del pavimento osseo-basilare. Colle sue numerose proiezioni l'O. mette in evidenza come la grande categoria dei tumori cranio-faringei possa venire mirabilmente documentata dall'esame radiografico eseguito con questo nuovo metodo. L'O. illustra inoltre un caso di tumore del nervo acustico in cui la diagnosi di lateralizzazione fu rigorosamente documentata dall'esame Röntgen, permettendo così di portare l'ammalato al tavolo operatorio.

FERRERI GIORGIO — *Ricerche sul comportamento del labirinto posteriore nell'ipertensione del liquido cefalo-rachidiano, ottenuta sperimentalmente.* — L'O. ha cercato di riprodurre sperimentalmente sui gatti quei dati di fatto da lui stesso messi in evidenza nel 1923 negli ammalati di meningite sierosa essenziale cioè dissociazione fra la funzione cocleare e quella vestibolare, marcata ipoeccitabilità del labirinto posteriore agli stimoli applicati perifericamente, specie rispetto a quelli termici (prova a caldo). L'O. si è valso della tecnica seguita da Weed e Makibben per determinare nei gatti alterazioni di pressione sul liquido cefalorachidiano mediante iniezioni endovenose di soluzioni iper- od ipotoniche. I gatti, così trattati, hanno risposto in modo vario e discorde. L'O. è tratto a pensare come l'aumentata pressione del liquido cefalo-rachidiano agisca in senso inibitorio sulla conduzione degli stimoli del labirinto posteriore ai nuclei pontini, specialmente sopra questi ultimi più che direttamente sugli organi periferici vestibolari.

AYALA — *Sulla meningitis serosa (chorioidoependymitis serosa).* — L'O. intende col nome di meningite sierosa una forma morbosa di origine tossica o tossi-infettiva probabilmente dovuta a germi attenuati o in scarsissimo numero, non riscontrabili all'esame batteriologico del *liquor*, ma che agiscono specialmente sui plessi coroidei e sull'ependima ventricolare e raramente sulle leptomeningi della superficie esterna cerebrale, provocando un'iperproduzione di *liquor* e conseguentemente un ostacolo nel riassorbimento di questo umore e quindi una ipertensione intracranica più o meno grave e più o meno persistente. Data questa concezione si escludono dal quadro anatomo clinico della meningite sierosa le meningiti sierose circoscritte, meglio dette cisti sierose delle leptomeningi; con la denominazione di corioido-ependimite sierosa si eliminano le confusioni e gli equivoci a cui dà luogo il termine di meningite sierosa. L'O. stabilisce la triade fenomenica di questa malattia, costituita da cefalea, modificazione del fondo dell'occhio e modificazioni della pressione

del liquido cefalo-rachidiano. L'O. inoltre mette in valore per la diagnosi della meningite sierosa il quoziente rachidiano.

PISANI. — *Valore diagnostico del comportamento del liquido cefalo-rachidiano nelle affezioni oto-oftalmiche.*

DI MARZIO — *Sintomi oculari della meningite sierosa.* — L'O. si occupa della sintomatologia oculare della meningite sierosa, convinto che in quest'affezione i reperti oftalmoscopici e campimetrici hanno maggiore importanza di tutti gli altri sintomi. Infatti in un gran numero di casi che i neurologi appellano meningite sierosa frusta, l'unico sintoma obbiettivo, che accompagna i leggeri e vaghi sintomi obbiettivi, è solo il reperto oftalmoscopico. L'O. ha studiato un gran numero di ammalati e riporta 30 dei casi più dimostrativi. Egli divide la sintomatologia oculare della meningite sierosa in: 1° lesione del fondo; 2° lesione perimetrica; 3° lesione di ordine motore. Il fondo oculare ha un aspetto tutto particolare, per la presenza di un edema retinico peripapillare, che a seconda della gravità dei casi, è più o meno esteso. Egli divide le forme oftalmoscopiche in: *a*) forme fruste incipienti, in cui si ha solo turgore venoso, edema e sollevamento retinico peripapillare, con maggiore estensione verso l'alto ed il basso; *b*) forme fruste di antica data, in cui l'edema ed il sollevamento retinico abbracciano la regione peripapillare e paramaculare; *c*) forme subacute recenti, in cui l'edema retinico, pur essendo ristretto alla zona peripapillare, dà un forte sollevamento con compartecipazione edematosa del bordo papillare, che negli altri casi rimaneva normale: forme sub-acute antiche, in cui il quadro delle lesioni si confonde con quello delle neuropapilliti con emorragie ed è differenziato da questo soltanto per l'edema retinico, che si diffonde fino alla regione maculare e lungo i grossi vasi.

L'importanza di questo reperto oftalmoscopico viene confermato dal controllo perimetrico in quanto che in tutti i casi osservati, si riscontra non solo un restringimento più o meno lieve del verde, ma un ingrandimento nella macchia cieca del Mariotte, sotto forma di scotoma relativo, che si estende in modo costante e caratteristico e corrispondentemente all'estensione dell'edema retinico. In tutti i casi l'O. fece il controllo diagnostico con la P. L. ed usando il manometro del Claude trovò sempre aumento di pressione di medio grado (40-80). La P. L. fu pure usata come terapia della meningite sierosa ed il giovamento di essa, oltre che sullo stato generale, si ripercuoteva in modo sensibile sulla variazione dell'edema retinico, sul comportamento del verde e della macchia cieca del Mariotte.

RAVERDINO — *Sulla sintomatologia oculare da ipertensione cranica da idrocefalo.* — Dopo aver riassunta la sintomatologia differenziale dei tumori ipofisarii e quella delle idrocefalie, comunica tre osservazioni, lo studio delle quali dimostra come alcune volte tale diagnosi differenziale non sia possibile nonostante che esistano gravi lesioni della regione sellare.

GRADENIGO — *Sulla sindrome dell'apice della rocca (sindrome Gradenigo).* — L'O. illustra la sindrome che ha descritto nel 1904. Ricorda che nel 1907 potè stabilire che la lesione dell'abducente aveva sede extradurale (dove il nervo passa in immediata vicinanza alla punta della rocca) e che i dolori in molti casi erano dovuti a partecipazioni del ganglio di Gasser o del tronco del V. Delle numerose ipotesi ch'erano state da vari AA. avanzate circa la patogenesi, si può dire che oggi non restino che quella della genesi extradurale e la genesi da meningite sierosa o purulenta: questa ultima venne con copia di argomentazioni anche recentemente difesa da Vogel, che ritiene non giustificata l'ammissione di una speciale sindrome morbosa. L'O. insiste, in base allo studio di oltre 300 casi, nell'affermare che si tratta di forma tipica di origine extradurale; riferisce un'osservazione di Nager nella quale con esame istopatologico è dimostrata la origine extradurale della paralisi. Ricorda che vi è poi una forma spuria data da neoplasmi maligni della punta della rocca, di cui ha osservato parecchi casi.

PAPALE. — *Indagini anatomiche sulla «sindrome di Gradenico».*

SCIUTI. — *La sindrome del seno cavernoso.*

AYALA. — *Natura ed istogenesi dei tumori dell'acustico.* — Presenta numerosi preparati istologici e conclude che a questi tumori spetti il nome di fibro-neurinomi.

TORRIGIANI. — *Considerazioni su un caso di endotelioma dell'angolo fronto-cerebellare.*

BALDI. — *Sullo pseudo-tumore cerebrale.*

FRIGERIO. — *Sordità familiare associata a sordità (retinite pigmentosa accertata in un caso) e demenza.*

PONZO. — *Sui riflessi oto-oculari di localizzazione dei suoni nei ciechi.*

MINGAZZINI. — *La cura antiluetica nelle affezioni luetiche e paraluetiche dei nervi ottici.* — È noto come anche al giorno d'oggi moltissimi specialisti, sia neurologi che oculisti, siano in dubbio sulla cura da praticare nelle affezioni tabiche (atrofie) dei nervi ottici, nel senso cioè di evitare i preparati di mercurio sotto qualsiasi forma, poichè l'esperienza ha insegnato che molto spesso l'atrofia degli ottici diviene galoppante adoperando questi rimedi. L'O. afferma di aver sempre osservato un numero di questi casi notevole. Peraltro questo modo di agire obbiettivo non è costante. Anche reputati neurologi ed oculistici son di parere discordante. Invita a continuare le ricerche su questo argomento pratico che dal punto di vista terapeutico ha un indiscutibile interesse.

TULLIO. — *L'orecchio e l'origine della parola e della scrittura.* — L'O. accenna agli strettissimi rapporti che corrono tra l'orecchio e l'origine del linguaggio. Egli forando i soli canali semicircolari dei piccioni o portando i varii fonemi alle orecchie sia mediante dei tubi, sia rafforzando il suono con un megafono, ha ottenuto un vario movimento del capo differente per ogni fonema. Tale movimento serve a caratterizzare le singole lettere, e contribuisce a determinare il segno grafico che l'uomo ha unito ad ogni singolo fonema. L'O. mostra col

cinematografo i movimenti prodotti dai singoli fonemi.

FERRARO. — *Su di uno speciale aggruppamento di cellule nel mesencefalo del gatto.*

LODATO. — *Le alterazioni trofiche dell'iride nella tabe dorsale.*

FRIGERIO e VISSICH. — *Un caso di pseudotabe da probabile origine tossica (solfurio di carbonio).*

SABBADINI. — *Scotoma scintillante.* — L'O. riferisce cinque casi di scotoma scintillante. Adottando la classificazione di Charcot, pone il primo, il secondo, il quarto caso tra le emicranie oftalmiche semplici, il terzo ed il quinto tra le emicranie oftalmiche fruste. L'esame neurologico di quattro pazienti fu completamente negativo; soltanto nel quarto caso esisteva un'acromegalia da «tumor ipophiseos»., che l'O. giudica indipendente dal disturbo visivo a tipo emicranico. L'O. accenna brevemente alle varie teorie etiologiche di sede e di natura, ed espone la più accreditata, quale quella che anche il Mingazzini sostenne varii anni fa. Secondo questa teoria il disturbo di irritazione delle vie ottiche (scintillio) ed il disturbo di interruzione della conduzione nervosa in esse vie (sintomi emianopsici) sarebbero dovuti ad una iperemia dei vasi della corteccia occipitale ed in ispecial modo dell'«arteria cerebri profunda», seguita da uno spasmo ed ischemia della stessa zona cerebrale. Termina citando una recentissima teoria di Wiener che localizzerebbe nel lobo frontale l'origine dei disturbi di emicrania oftalmica.

DI MARZIO. — *Coma frontale da frattura fronto-orbitaria.* — Fra dodici feriti con frattura diretta della regione fronto-orbitale e lesione del lobo frontale l'O. ha riscontrato tre casi di coma, che per la localizzazione della lesione e per l'assenza di altri sintomi, può essere chiamato coma da lesione del lobo frontale. E precisamente da lesione dell'area prefrontale nella sua parte antero-inferiore ed in corrispondenza del 1° e del 2° solco frontale. Tali lesioni erano causate da fratture dirette del frontale al livello della volta orbitaria, per cui può pensarsi che uno scheggiamento osseo comprimendo e lesionando il frontale nel punto indicato abbia dato luogo al coma come sintoma di una lesione localizzata.

MEZZATESTA. — *Lesioni endocraniche del nervo ottico per ateromasia della carotide e dell'oftalmica.* — L'O. riferisce quattro casi da lui osservati in cui la diagnosi poteva essere fatta solo al tavolo anatomico.

RAVERDINO. — *Oxicefalia e lesioni oculari.* — Riferisce due casi di oxicefalia con lesioni oculari. Egli rivendica la priorità della distinzione fra le deformità craniche patologiche e quelle che non portano con sè alcun'alterazione patologica al prof. Bertolotti. Questo autore infatti stabilì che possono essere considerate patologiche solo quelle deformità craniche, le quali sono accompagnate da alterazioni della base del cranio. Nei casi presentati dall'O. esistevano molto spiccate alterazioni della base del cranio, a cui si accompagnava in tutti i casi, una sindrome oculare completa. Per la presenza di sintomi, che più generalmente sono interpretati come i segni di idrocefalia, l'O. crede che sia da confermare l'ipotesi di quelli i quali pensano che il fattore patogenetico sia da ricercare in una idrocefalia.

DONAGGIO. — *Oxicefalia e sindrome di craniosinostosi patologica.*

FRIGERIO e VISSICH. — *Diplopia monoculare in istero-traumatizzato.*

ALAJMO. — *Il riflesso oculo-cardiaco nel cheratocono.*

MUSU. — *Su di un caso di morbo di Vaguez.*

FERRERI. — *Ictus laringeo consecutivo ad accessi di ilarità.* — L'O. riporta un caso di ictus laringeo, con perdita improvvisa e totale della coscienza, consecutivo ad accessi di ilarità. Causa occasionale questa veramente rara della produzione della vertigine laringea. L'ammalato era un luetico con siero-diagnosi ed esame clinico assolutamente negativo.

L'O. ritiene che gli individui colpiti da ictus laringeo non sifilitici, o quelli che di lue nulla presentemente offrono all'esame obiettivo ed alle prove sierologiche, debbono trovarsi in uno stato di equilibrio corticale instabile, sì che uno stimolo qualunque, partito dalla mucosa laringea, che nell'individuo normale passerebbe inosservato o verrebbe riflesso con uno degli atti comuni di difesa laringo-laringea (tosse, sternuto, ecc.), diviene la scintilla provocatrice della crisi sincopale e la causa delle scariche convulsive clonicotoniche, per facili diffusioni ai centri motori vicini.

BARRÈ. — *Considerations sur les troubles vestibulaires dans l'Hypertension cranienne.* — L'O. riferisce sedici casi di ipertensione intracranica, secondaria in undici casi a tumori del cervello, in un caso ad ascesso del cervello, in due a cisti dell'encefalo, in uno ad ependimite generalizzata e in uno a meningite pericerebellare. Questi casi furono da lui osservati e studiati dal punto di vista delle prove vestibolari (eccitabilità dei canali verticali e nistagmo da rotazione). L'O. si dichiara contrario alla tesi di Eagleton ed afferma che la sintomatologia vestibolare è ancora confusa e che bisogna insistere sulla classificazione esatta dei segni vestibolari con accuratissimi metodi di indagine.

BRUNETTI. — *Rilievi sull'esame funzionale dell'orecchio (labirinto posteriore) in alcuni casi di lesioni cerebellari.*

JANNUZZI. — *Sul valore delle prove vestibolari nella diagnosi precoce di lesioni chirurgiche della fossa cranica posteriore.*

CITELLI. *La polioncefalite acuta all'inizio con otite media purulenta può far pensare ad ascesso cerebrale.*

BILANCIONI. — *Complicazioni intracraniche di origine otitica: esame dei sintomi e del loro valore diagnostico.* — L'O. esamina il complesso dei sintomi delle complicazioni intracraniche da otiti medie purulente acute o croniche. Spesso il clinico è in imbarazzo di fronte al sospetto dell'esistenza o meno di un ascesso extradurale o di un ascesso del lobo temporo-sfenoidale. Sovente la sintomato-

logia è molto ridotta o assolutamente muta; appunto per questo l'O. propone di mettere in rilievo quei pochi sintomi e segni che possano indirizzare l'operatore.

RIMINI. — *Sulla diagnosi precoce dell'ascesso cerebrale otogeno.*

CANESTRO. — *Sulla terapia della meningite purulenta otogena.*

FUMAROLA. — *Spasmo tonico bilaterale dei «mm. orbiculares palpebrarum» di natura isterica.* — Presenta le fotografie di un paziente affetto da spasmo tonico, di natura isterica, dei mm. orbiculares palpebrarum insorgente con uno strano meccanismo. Bastava infatti che il paziente flettesse per pochi secondi il tronco perchè, raddrizzandosi, o l'una o l'altra rima palpebrale o entrambe si restringessero. Il caso è degno di interesse non solo per il modo con cui lo spasmo veniva provocato, ma sopratutto per la sua rarità, dappoichè pochissimi sono i casi di spasmo tonico, bilaterale delle palpebre, di natura isterica, descritti nella letteratura.

SABATUCCI. — *Sopra un caso di Emiatrophia linguae di origine traumatica.* — Espone la storia clinica di un giovane di 20 anni il quale dopo 19 giorni da un investimento subito, in seguito al quale perdè la conoscenza per un ora, per lievi ferite all'occipite presentò un'ipotrofia della metà destra della lingua, più accentuata nella parte media, paresi del velopendolo di destra ed ipotrofia del muscolo sterno-cleido-mastoideo e del fascio superiore del trapezio, lieve ipoalgia della metà destra della lingua, ipotonia della corda vocale di destra, ipoestesia tattile del vestibolo. Dopo 20 mesi circa questi sintomi erano quasi del tutto scomparsi. L'O. ammette una lesione del decimo paio, dell'undicesimo, del dodicesimo e del nono, però non a livello dei forami occipitali e giugulare, nè tampoco in vicinanza di essi. Esclude una lesione del dodicesimo nel neurone cortico-bulbare e conclude affermando si tratti di una lesione radicolare avvenuta per stiramento del nervo in seguito ai bruschi movimenti della testa sul collo determinati dalla caduta.

CALICETI P. — *Sulle cranio-rinorree.*

STELLA. — *Neuroma plessiforme delle palpebre.*

Alle comunicazioni segue un discorso di chiusura del prof. D'ABUNDO. Su proposta del prof. MINGAZZINI si dà incarico al prof. BARRÈ di Strasburgo di preparare una relazione per il Congresso internazionale sul tema: «Unificazione dei metodi di indagine vestibolare».

Viene nominato il nuovo Comitato direttivo e, su proposta del prof. FERRERI, vengono chiamati a farne parte il prof. Mingazzini come presidente; il prof. Di Marzio, come vice-presidente; i professori Angelucci e Masini come consiglieri ed il prof. Giorgio Ferreri come segretario.

Si delibera poi che la sede del prossimo congresso sarà Roma.

Il prof. DI MARZIO infine espone le direttive della Società Oto-neuro-oftalmologica e comunica che si sono formate nuove Sezioni nelle città di Napoli, di Palermo, di Firenze, di Torino e di Milano.

D. PISANI.

XI Congresso Pediatrico Italiano.

E' stato tenuto a Milano dal 22 al 25 ottobre ed è riuscito interessantissimo per il numero degli intervenuti e per la grande importanza delle comunicazioni fatte. Alla cerimonia inaugurale tenuta nella grande aula della Clinica Pediatrica, in via della Commenda, erano presenti il sen. prof. Baldo Rossi, l'assessore Bertazzoli per il Municipio, il prof. Pampana per il prof. Mangiagalli, il colonnello Sarti per la Sanità militare ecc.: il discorso di rito è stato pronunziato dal prof. Cattaneo, direttore della Clinica Pediatrica di Milano, che ha salutato autorità e congressisti auspicando alle fortune della Università di Milano ed altri discorsi sono stati pronunziati dall'assesore Bertazzoli e dal prof. Comba presidente della Società Italiana di Pediatria.

Notati fra i congressisti tutti i più insigni cultori della specialità: i professori Jemma di Napoli, Caronia di Roma, Pacchioni di Genova, Comba di Firenze, Allaria di Torino, Francioni di Bologna, Spolverini di Pavia, Simonini di Modena, Fiore di Pisa, Berghirz di Padova, Cannata di Messina, Centanni di Modena, Sclavo di Siena, Luzzatto di Trieste ed ancora di Roma gli aiuti della Clinica Pediatrica prof. Genoese e Devilla, e numerosi assistenti, i proff. Nasso, Vaglio e Di Stefano di Napoli, Mensi e Muggia di Torino, Pestalozza e Repaci di Milano, Raffaelli di Bergamo, Triossi di Ravenna, Frontali di Firenze, Salvioli di Padova, Pincherle di Siena, Malladi di Bari, Auricchio di Napoli, Dotti di Firenze, Bottelli di Milano, Gerlasi e Barlesi di Palermo e tanti altri dei quali sfugge il nome.

Dopo la cerimonia inaugurale si passa subito alle relazioni delle quali ecco un breve sunto:

1º *Determinazione del fabbisogno alimentare del bambino.*

Relatori: PESTALOZZA C. e CAFFARENA.

Fissato il concetto generale che il fabbisogno alimentare del bambino debba ritenersi come qualcosa di assolutamente individuale, gli AA. prospettano le difficoltà che si presentano nello stabilire detto fabbisogno, difficoltà che risultano evidenti solo se si pensi ai fattori vari che possono influire su di esso (funzionalità dell'apparato digestivo, potere di assorbimento della mucosa intestinale, attività muscolare, funzionalità endocrina e nervosa ecc.). Gli studi dell'ultimo decennio hanno dimostrato che oltre del fabbisogno *quantitativo* ha grande importanza il *fabbisogno qualitativo* onde la razione del bambino deve essere completa nei vari elementi costituitivi indispensabili e cioè albuminoidi, grassi, idrati di carbonio, sali minerali, acqua e vitamine.

Dopo una rapida rassegna dei caratteri fisio-dinamici delle sostanze energetico-nutritive contenute nel latte per fissare le principali cognizioni necessarie ad una opportuna valutazione dell'alimento che deve corrispondere alla richiesta dell'organismo infantile, gli AA. dimostrano che la determinazione di detta richiesta è il problema centrale della questione; essa è regolata dal bisogno presentato da ogni singolo organismo e questo bisogno è determinabile soltanto dai dati forniti dallo studio del ricambio materiale.

Per questo studio un metodo da preferirsi oggi è quello della calorimetria indiretta che si esegue mediante lo studio degli scambi respiratorii che rendono in espressione sintetica l'andamento dei processi metabolici intraorganici.

I relatori espongono i principii fondamentali del metodo rendendo conto delle loro ricerche e di quelle degli autori americani e passano quindi a parlare del metodo di determinazione del fabbisogno calcolato sulla misurazione della superficie del corpo e discutono ampiamente il principio e le direttive del metodo ideato dal Pirquet, facendo notare il grande contributo al riguardo apportato alla questione dalle varie scuole italiane di pediatria e specialmente dal Pacchioni.

2° *Costituzione morfologica della infanzia.*

Relatore: prof. BERGHINZ.

L'A. dopo di avere determinato il concetto del termine «*costituzione*» dice che oltre ad attributi fisiologici, immunitari, di reattività in genere, la parola costituzione si riferisce ad attributi morfologici per modo che anche nel bambino si debbono vagliare siffatte caratteristiche morfologiche in maniera precisa e quasi matematica come è stato fatto per l'adulto. Dallo studio dei diversi metodi di determinazione dei tipi costituzionali risulta chiaro come i metodi fisiologici sono ottimi ma poco pratici, mentre i biometrici del De Giovanni e del Viola sono applicabili in pediatria colle dovute norme considerando la particolare età in cui massa e forma dell'organismo mutano.

Fatto precipuo per l'applicazione del sistema Viola è di stabilire i tipi medi normali del neonato e nelle successive età e l'A. riferisce le ricerche minute eseguite nella clinica pediatrica di Padova su qusto argomento, ricerche che è impossibile condensare in poche righe.

3° *Importanza igienico-sociale delle istituzioni parascolastiche.*

Relatore: RASPI.

La scuola nello attuale ordinamento di orari e di programmi esercita nociva influenza sulla salute del fanciullo che proprio in questa età ha vulnerabilità e sensibilità maggiori per effetto dello accrescimento. L'assistenza sanitaria scolastica provvede ad evitare tali danni ed alle istituzioni parascolastiche è affidata appunto questa opera di tutela del capitale umano nei suo germogli.

Alcune di queste istituzioni sono a fondo prevalentemente economico così il *patronato scolastico* e la *mutualità scolastica*, altre forniscono allo alunno i benefizi che la natura senza risparmio largisce, aria, sole, acqua completando le cure naturali con sani esercizi fisici, con appropriata alimentazione, con quotidiana propaganda igienica.

Tra gli istituti più importanti sono da notare: le scuole all'aperto, le colonie estive al mare e al monte, la refezione scolastica ecc. Molto al riguardo si è fatto da noi, ma molto è ancora da fare poichè vi è ancora disformità di indirizzi, e sperpero di energie in un inutile frazionamento di iniziative e di attività.

Manca un istituto centrale che presieda alla propaganda, alla organizzazione, al funzionamento delle varie opere di previdenza specialmente nei centri meno provveduti di mezzi e quindi meno progrediti ed è necessario che lo stato ed i municipii contribuiscano in maggior misura allo incremento di queste istituzioni preventive che mirano alla conquista di quel grande ideale che è la conservazione della salute ed il miglioramento della generazione crescente.

* * *

Finite le relazioni il Congresso continua i suoi lavori: numerose comunicazioni sono fatte dalle diverse scuole di pediatria, su vari argomenti. Importanti quelle del Nasso su «sesso e costituzione nella infanzia», del Pincherle sulle «albuminurie posturali nella infanzia», dell'Angelini sulla enzimoreazione, del Bentivoglio e Spolverini sul comportamento del grasso circolante nei bambini durante il digiuno, del Pollitzer sullo stato del sangue nei prematuri e neonati, del Ronchi sul potere coagulante degli estratti di fegato e milza, del De Villa sulla intradermoreazione nella scarlattina, del Vitetti sulla etiologia del reumatismo articolare, del Retossa sull'etiologia della rosalia, del Sabatini L. sulle tossine dei germi della scarlattina e del morbillo, del Rapisardi sulle inclusioni leucocitarie nelle malattie infettive, del Gerbasi sui virus encefalitici ed erpetici, della Pastore sul batteriofago di d'Herelle, del Frontali sull'uso di olii vegetali nella alimentazione infantile, del Trambusto sulle terminazioni nervose e l'intossicazione difterica, del Caffarena sulla malaria congenita, dello Auricchio sulla etiologia della varicella, del Battino sui rapporti fra varicella ed erpes, del Cesi sul metabolismo basale nei bambini, del Hayech sulle tossi convulse anomale, del Gismondi sulle variazioni dell'aia cardiaca nella gastro-enterite tossica del lattante, del Misan sulla etiologia e patogenesi nella m. di Heine Medin, del Cartia sulle otiti postscarlattinose, del Castana sulla bismutoterapia nella sifilide, del Mallardi sul tifo nei lattanti, ecc. Ma l'attenzione dei congressisti è stata sopratutto richiamata da una chiara, precisa e ordinata comunicazione del prof. CARONIA, direttore della Clinica Pediatrica di Roma, sulla *etiologia della scarlattina.* Il Caronia con una serie di minute ricerche è riuscito a coltivare dal sangue degli scarlattinosi il germe della malattia, ad inocularlo agli animali, a controllarne l'identità con prove e controprove di laboratorio ed infine è riuscito a preservare dalla malattia i bambini con un vaccino preparato dalle culture del germe. Oggi i bambini vaccinati nelle recenti epidemie di Roma e provincia e nelle Calabrie sono oltre 4000 ed il vaccino del Caronia si può dire il vero mezzo profilattico contro la infezione scarlattinosa.

Il JEMMA di Napoli ha confermato con ricerche di controllo fatte fare nella sua clinica le esperienze del Caronia ed il giovane scienziato fu fatto segno ad imponente manifestazione di stima e di affetto da tutti i congressisti: per tutti il prof. SCLAVO di Siena rivolse al Caronia parole di vivo encomio elogiando l'opera sua che onora altamente il nostro paese.

Al Consiglio direttivo furono eletti: presidente il prof. Jemma; consiglieri i proff. Cannata, Caronia, Mensi, Nasso, Pacchioni, Repaci e Spolverini.

GENOESE.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Pel servizio medico scolastico.

Il Ministero dell'Interno ha diramato ai Prefetti la seguente Circolare n. 20900:

«Questo Ministero, di concerto con l'onorevole Ministro della I. P. ha determinato di dare il massimo impulso al servizio medico scolastico, sviluppandolo e completandolo nei Comuni ove già esiste, facendolo sorgere in quelli che ancora non hanno preso le necessarie iniziative al riguardo.

L'intima collaborazione e la fusione di intenti tra le autorità sanitarie ed i medici da un lato, e le autorità scolastiche e gli insegnanti dall'altro, sono indispensabili per ottenere che la scuola diventi strumento potente per favorire lo sviluppo di una generazione sana e forte con una valida educazione ed un saldo patrimonio di abitudini igieniche, capace di comprendere e di valorizzare i provvedimenti, che le autorità competenti vanno adottando per il benessere e la salute delle popolazioni.

Mentre provvidenze più complete sono allo studio e saranno attuate man mano che i servizi lo richiederanno, la prima azione da svolgere deve fissarsi su questi due punti:

1) che siano applicate, effettivamente, compiutamente e con carattere di continuità, le disposizioni sancite dagli articoli 143, 144, 145 del vigente regolamento generale sanitario e quelle pel regolamento per la profilassi, nelle scuole, delle malattie trasmissibili. Ogni ufficiale sanitario sarà tenuto pertanto all'osservanza di tali norme, lasciando alle intese pratiche, che egli potrà stabilire con le competenti autorità scolastiche, di determinare le modalità di applicazione;

2) che sia coordinato ed opportunamente disciplinato il funzionamento delle istituzioni di assistenza sanitaria scolastica già esistenti, o, dove mancano, siano promosse le occorrenti istituzioni dei nuovi servizi del genere.

A facilitare il largo svolgimento di tale azione, questo Ministero è venuto nella determinazione di consentire che ogni Provveditore agli studi si avvalga direttamente dell'opera e della collaborazione del Medico provinciale, membro del consiglio regionale scolastico. Questi, per l'espletamento del suo importante compito, dovrà avere apposito ufficio presso il Provveditorato medesimo, o potrà, occorrendo e con le modalità da stabilirsi d'accordo con questo Ministero, essere coadiuvato da un Medico provinciale aggiunto.

Il Ministero dell'istruzione pubblica ed il Regio Provveditorato potranno conferire ove occorra, ad altri medici, che diano prova di speciale competenza nei servizi sanitari scolastici, l'incarico di coadiuvare il Medico provinciale temporaneamente in determinate branche di servizio.

In dipendenza dell'accennato compito, spetta al Medico provinciale stesso di:

a) coordinare l'opera dei medici provinciali e degli ufficiali sanitari comunali, della regione, nel campo della vigilanza e dell'assistenza sanitaria scolastica, nei termini indicati dai numeri 1 e 2;

b) promuovere la collaborazione delle scuole e dei patronati scolastici nella lotta contro le malattie trasmissibili, mediante la propaganda fra i maestri, l'insegnamento delle norme di igiene agli scolari, il riconoscimento e l'assistenza degli alunni deboli, le iniziative atte a dare un sempre maggiore sviluppo al servizio igienico-sanitario scolastico.

Il Ministro: FEDERZONI».

Per l'igiene nelle scuole pubbliche e private.

La Direzione Generale della Sanità Pubblica, in occasione della riapertura delle scuole ha diretto ai Prefetti una circolare in cui raccomanda una diuturna ed oculata vigilanza igienica sanitaria sulle scuole pubbliche e private di ogni ordine e grado:

«Le norme in materia attualmente in vigore, eseguite con il dovuto rigore assicurano una efficace tutela della salute della popolazione scolastica.

Occorre però vigilare che esse vengano ovunque integralmente applicate.

Si dovrà anzitutto curare, che le ispezioni mensili di tutte le scuole pubbliche e private da parte dell'ufficiale sanitario e dei medici delegati si eseguano con regolarità al fine di rilevare le effettive condizioni igieniche delle varie scuole e di constatare lo stato sanitario degli scolari.

Attento esame dovrà portarsi sulla pulizia e sull'igiene dei locali scolastici, ed a preferenza sulla idonea tenuta e sulla provvista ed erogazione dell'acqua potabile.

È necessario poi procedere subito alla visita sanitaria degli scolari con speciale riguardo alle malattie diffusive in genere e al tracoma in particolar modo, e procedere al controllo dello stato di vaccinazione jenneriana di tutti gli scolari. Essendo stata stabilita l'obbligatorietà della rivaccinazione all'ottavo anno di età, converrà procedere ad una completa revisione dei certificati di vaccinazione e di rivaccinazione di tutti gli scolari».

Consorzio antimalarico per la provincia di Roma.

Su convocazione del presidente della R. Commissione straordinaria per la provincia di Roma si è riunita l'assemblea generale dei Comuni del Lazio e della Sabina per addivenire alla costituzione ufficiale di un Consorzio antimalarico.

Il presidente senatore Pietro Baccelli, nel porgere il saluto dell'Amministrazione ai convenuti, ha riassunto in breve e lucida sintesi l'opera svolta dalla sottocommissione nominata dalla precedente assemblea. Indi ha dato la parola al prof. commendator Sirleo, medico provinciale, il quale ha letto una relazione sugli studi fatti dalla sottocommissione per la lotta antimalarica e sull'azione da svolgersi dal costituendo Consorzio.

Concessa la parola sopra di essa hanno parlato il prof. Pecori per il Comune di Roma, il prof. Ilvento per la Croce Rossa portando l'adesione entusiastica di questa benemerita istituzione, il professor Mannucci per i combattenti, l'avv. De Cantellis per i malarici di guerra, il dott. Ficacci, il sindaco di Anzio comm. Bruschi, il generale Pirzio Biroli, il dott. Colavitti di Civitavecchia ed altri.

Infine la relazione è stata approvata all'unanimità; e così è stato dichiarato costituito il Consorzio antimalarico.

È stato quindi approvato, salvo lievi modifiche, lo statuto del Consorzio e subito si è proceduto alla nomina della Giunta esecutiva; la quale è risultata così composta: senatore Baccelli, presidente; membri, un rappresentante della provincia, uno del Comune di Roma, uno del circondario di Velletri, uno di Civitavecchia, il presidente della Croce Rossa, il comm. Sirleo, il prof. Pecori ed un rappresentante dell'Istituto Agro Pontino.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BELLUNO. — Medico del Dispensario celtico comunale. Vedi fasc. 44. Scad. ore 18 del 23 nov.

CHIESA (*Sondrio*). — Cons. tre Comuni. Scad. 23 nov. L. 6000 da elevarsi a 6500 dopo biennio di prova; L. 1300 indenn. trasferta; L. 500 uff. san.; c.-v. come per impiegati dello Stato.

CODOGNO (*Milano*). *Ospedale Civile*. — Chirurgo primario. Vedi fasc. 44. Scad. 30 novembre.

FABRICA DI ROMA (*Roma*). — A tutto il 30 nov. L. 9000 per 2000 pov., 5 quadrienni decimo, c.-v., L. 300 uff. san. Tassa L. 50,10 all'Esattore. Serv. entro 10 gg. (*sic*).

FANO (*Pesaro Urbino*). — Condotta urbana di Ponente (rione del Porto); L. 7500 e 10 bienni ventesimo; addiz. L. 3 oltre i 1500 pov. (salvo approvazione). Ab. 4500; pov. 1500. Età lim. 40. Tassa L. 50.10. Scad. 30 nov. Accettaz. entro 5 giorni; assunzione servizio entro 20 giorni.

FOJANO DELLA CHIANA (*Arezzo*). — Terza cond.; L. 9000 fino a 1200 pov.; addiz. L. 2; 4 quadr. decimo; L. 3000 cav.; c.-v. Scad. ore 16 del 15 dicembre. Serv. entro 15 giorni.

FORMIA (*Caserta*). — Abit. 10,279. Stazione climatico-balneare. Scad. 30 nov. ore 12. L. 6500 e 5 quadrienni dec. Punti esame laurea. Chiedere avviso.

GENOVA. *Associazione Nazionale Medici Marina Mercantile*. — Concorso tra gli associati che vogliano coprire posti di medico fisso sui piroscafi della Compagnia di Navigaz. «Lloyd Triestino». Vedi fasc. 43. Scad. 1 dicembre.

LECCE. *Amministrazione Provinciale*. — Due medici di reparto del Manicomio. Vedi fasc. 43. Scad. ore 12 del 30 novembre.

PAMPARATO (*Cuneo*). — L. 4000 (*sic*), oltre L. 1200 p. trasp. e L. 500 uff. san., elevabili al minimo che stabilirà la G. P. A. con le nuove tabelle.

PRATELLA (*Caserta*). — Scad. 30 nov. Età lim. 40; nessun limite per i concorrenti che prestano o abbiano prestato servizio in altre condotte o in ospedali. L. 8000 e 5 quadrienni decimo, oltre L. 500 uff. san. Chiedere annunzio.

PRATO (*Firenze*). *Spedale della Misericordia e Dolce*. — Medico primario. Vedi fasc. 44. Scad. ore 18 del 22 novembre.

RAVENNA. — Medico primario del Comune e direttore sanitario del Civico Ospedale; L. 12,000 e 5 quadrienni decimo; c.-v. Età limite a. 40. Libera docenza in clinica o patologia spec. med. e tre anni di direz. di un ospedale importante o di un reparto medico id. o di aiutato in clinica medica. Proroga al 20 novembre.

RODDI (*Cuneo*). — Consor. con Grinzane Cavour; L. 4000 (*sic*) e 4 quinquenni decimo; p. trasp. lire 1500; p. uff. san. L. 500. Scad. ore 18 del 28 nov.

ROMA. *Ministero dell'Interno*. — Prorogato al 22 novembre concorsi Sanità pubblica. Vedi fasc. 44.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti*. — Conc. per esami a 30 posti di assistente medico-chirurgo. Scad. ore 15 del 30 nov. Età limite 30. Tassa di L. 50, non reperibile, al Tesoriere. Stip. L. 4500. Per le altre condizioni chiedere annunzio alla Segreteria Generale.

Conc. per esami e titoli a 18 aiuti medici e 7 aiuti chirurghi. Scad. ore 15 del 30 nov. Età limite 39. Tassa di L. 100 non reperebile. Stipendio L. 7300. Biennio di assistentato o servizio militare ed opzione; certificato di promuovibilità. Iscrizione in un Ordine. Per le altre condizioni chiedere annunzio alla Segreteria Generale.

S. MICHELE DEL QUARTO (*Venezia*). — Condotta, a tutto il 15 nov., ore 17. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria.

SARTEANO (*Siena*). — Scad. 30 nov.; 2ª cond.; L. 6500 oltre c.-v. e L. 2500 cav.

SOLAROLO (*Ravenna*). — L. 6100 e bienni ventes.; L. 2000 cav.; c.-v. impiegati statali; elevaz. a tabella-tipo in corso. Scad. ore 17 del 15 nov. Età lim. 35. Serv. entro 15 giorni.

STAZZENA (*Lucca*). — A tutto il 15 nov., 2ª cond. Vedi fasc. 44.

TORINO. *Ospedale Sanitario S. Luigi*. — Chirurgo assistente; L. 5000. Domande alla Direzione (via Garibaldi, 23).

VENEZIA. — Medico comunale pel 1° reparto della fraz. di Burano; stip. L. 8500 e 4 quinquenni decimo; c.-v.; L. 1000 trasp. Età lim. 40. Tre anni di esercizio condizionati. A tutto 5 dic. Il comune si riserva di assumere informazioni dirette sul conto dei concorrenti e di escluderli eventualmente dal concorso senza obbligo d'indicarne i motivi. Per le altre condizioni chiedere annunzio.

CONCORSI A PREMIO.

PADOVA. *R. Università*. — L'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale ha messo a disposizione dell'Istituto di Statistica della Università un fondo di L. 10,000, di cui L. 8000 per una Borsa di Studio intesa ad onorare la memoria del defunto benefattore dell'Istituto, comm. Gustavo Ragnoli, da assegnarsi ad uno studioso di qualunque nazionalità, che sia laureato in una Università o Istituto Superiore del Regno, allo scopo di trattare in apposita memoria il seguente tema: *La portata economica dell'igiene, dell'assi-*

stenza e della previdenza sociale: *valutazione delle perdite economiche causate alla nazione italiana da malattie ed infortuni evitabili, con particolare riguardo alle classi lavoratrici;* e L. 2000 per spese inerenti allo svolgimento del tema. I concorrenti dovranno presentare i titoli, accompagnati dal certificato di nascita e dal certificato penale, entro il 31 dicembre 1924 alla Segreteria della Università. Per le altre condizioni rivolgersi al direttore dell'Istituto di Statistica, prof. Corrado Gini.

ROMA. *R. Università*. — Due posti della *Fondaz. Rolli*. Scad. 40 giorni dal 25 ott. — Tre posti della *Fondaz. Maggi*. Scad. ore 12 del 25 dic. — Nove premi della *Fondaz. Rolli*. Scad. ore 12 dell'11 dic. Vedi fasc. 43.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Nel Corpo Sanitario Militare Marittimo.

I seguenti dottori in medicina e chirurgia sono stati nominati in esito a concorso per titoli ed esami, tenenti medici nel corpo sanitario Militare Marittimo:

Cuonzo Antonio, Zagarese Francesco, Mozzetti Marzio, Simonetti Mario, Mattei Amedeo, Piloni Umberto, Ardizzone Domenico, Garbini Carlo Felice, Carabba Giuseppe, Ruggio Luigi, De Pompeis Augusto.

Questi ufficiali di nuova nomina sono stati poi destinati a seguire un corso di applicazione presso la Scuola di Sanità Militare Marittima in Napoli.

Il prof. Ferdinando Fonzo è chiamato, in esito a concorso, alla direzione tecnico-sanitaria del Brefotrofio di Palermo.

Il prof. Ettore Levi, fondatore e direttore dell'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza e Assistenza sociale, con R. D. è stato nominato Ispettore onorario per le opere integrative della Scuola nel Comune di Roma.

La Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia ha eletto suoi membri onorari: B. Barker Beeson di Chicago, R. Riecke di Gottinga, E. Hoffmann di Bonn, E. F. Juliusberg di Brunswick.

Alla cattedra di chirurgia dell'Università di Edimburgo, resasi vacante in seguito alla morte del prof. Alexis Thomson, è stato chiamato il dott. John Fraser, il quale ha declinato l'invito a causa delle condizioni fattegli. Il posto è stato ora accettato, per 10 anni, dal dott. David P. D. Wilkie, vincitore del premio Victoria Jubilee Lister. Al titolare è stato consentito l'esercizio privato, ma per due soli pomeriggi di ogni settimana.

Il comm. Giuseppe Cavallaro, professore di Odontojatria nella R. Università, con recente decreto, su proposta di S. E. Di Scalea, è stato nominato da S. M. grande ufficiale della Corona d'Italia.

LE ONORANZE AL MEDICO DI GUERRA.

Alla massima solennità è assurta la cerimonia celebrata a Firenze per l'inaugurazione del monumento ai medici caduti in guerra, presenti i sovrani.

La città era tutta imbandierata e rivestita di arazzi; le vie erano tappezzate di manifesti delle autorità e di associazioni. Dalla regione circostante giunsero migliaia di persone e da tutta Italia schiere di medici.

L'autocarro recante i lauri del Palatino venne scortato attraverso la città da un imponente corteo, del quale facevano parte numerose associazioni: le Sezioni combattenti di tutta la provincia, con centinaia di bandiere, il Nastro Azzurro, i Mutilati e Invalidi di Guerra, gli Orfani di Guerra, le Madri e Vedove dei Caduti, le Dame della Croce Rossa Italiana, le Samaritane, le infermiere della Sanità Militare, i Medici, il Battaglione studentesco Lionello Mariani, il R. Istituto Commerciale, la Società fra i RR. CC. in congedo, la Fratellanza Militare, il Comitato Veterani 1848-70, l'Associazione Nazion. Alpini, la Società fra i Bersaglieri, la Società fra i Sottufficiali in congedo, la Federazione Nazion. Arditi, l'Unione Nazion. Reduci di Guerra, l'Associazione Nazion. Ufficiali in congedo, molte sezione del P. L., ecc. Seguiva il gruppo delle crocerossine, in testa alle quali procedeva a piedi la Duchessa d'Aosta in divisa di dama della Croce Rossa. Chiudevano il corteo numerose rappresentanze tra cui il dott. Messea per il ministro degli interni, i senatori Agnetti e Pellerano in rappresentanza del Senato, il prof. Cervelli per l'Assoc. Naz. Mutilati e Invalidi di Guerra, ecc., ecc.

Il corteo si è recato alla Scuola di Sanità Militare ove, nell'ampio Chiostro del Maglio, sorge il monumento.

Ad ogni angolo esterno delle aiuole circondanti il monumento era stato collocato, in rappresentanza dell'Esercito, un soldato per ciascuna arma, in perfetta tenuta di guerra. Attorno al monumento erano state deposte numerose corone, tra cui quella del Re; moltissime erano di bronzo, di quercia e alloro. I labari della Sanità, della Croce Rossa e del Sovrano Ordine di Malta fiancheggiavano il palco Reale. Nelle varie tribune, ai quattro lati del chiostro, si addensavano altissime autorità e personalità spiccate, tra cui il cardinale Mistrangelo, il ministro della Guerra, moltissimi senatori e deputati, gentiluomini e dame di corte, magistrati, il corpo consolare, medaglie d'oro, ecc.; si confondevano con gli invitati alcuni parenti dei medici morti sul campo dell'onore. Al servizio d'ordine presiedevano ufficiali medici.

I sovrani vennero ricevuti dal sindaco, dal prefetto e da altri dignitari. A un cenno del Re, al suono della Marcia Reale e dell'Inno del Piave, i soldati di sanità fecero cadere il velario che copriva il monumento. L'opera d'arte fu oggetto della generale ammirazione.

Seguirono i discorsi. Il sindaco sen. Garbasco, dice tra l'altro: «Firenze, che vanta nell'inse-

gnamento della medicina una tradizione di sei secoli, che guarda con orgoglio questa grande scuola della Sanità Militare, è grata al suo Re e alla sua Regina che hanno voluto onorare con la loro augusta presenza, la memoria di quelli che di qui partirono verso la gloria e verso il sacrificio. Dove si combatte e dove si soffre, dove si consola e dove si ricorda, il vostro popolo sa di potersi stringere intorno ai suoi Sovrani. Anche è grata Firenze al Comitato del Monumento che sentì la poesia profonda di questo luogo. La nuova opera d'arte sarà, da qui, ad un tempo, esaltazione, monito ed esempio ».

Il direttore generale della Sanità Militare, generale Della Valle, porge un commosso ringraziamento ai Sovrani e dice come il monumento al Medico caduto sia sorto per iniziativa e col consenso unanime di tutti i medici d'Italia; esso è espressione di una idealità, la più alta fra tutte, quella che per la vita fa sacrificare la vita. Dopo aver detto che il monumento sorge alla Scuola di Sanità perchè appunto colà si avvicendano le generazioni sempre nuove di giovani medici, conclude affermando che esso sarà per loro lo stimolo più efficace ad elevare il pensiero e temprare l'anima al sentimento del dovere; per tutti gli italiani espressione del culto di riconoscenza a chi è destinato a compiere, quasi sempre nell'ombra, la sua alta missione di pietà e di amore.

Belle parole aggiunge il gen. Clerici, sottosegretario alla guerra.

Segue l'orazione ufficiale di Carlo Del Croix, il quale, dopo aver salutato i Sovrani e aver spiegato il significato ideale del monumento al Medico caduto in guerra, prosegue e termina così:

« È bello morire con l'arma in pugno ed il petto gonfio di ira e la gola piena di canto, ma cadere nell'ansia di quella lotta, perdersi nell'ebrezza di quella vittoria è il sacrificio che promette la trasfigurazione, l'assunzione che evita la morte. Non pochi percossi nel momento della grazia, fermati nell'atto del dono, giacquero sull'opera sacra aggiungendo sangue in un calice solo per un'offerta che vide insieme consumati il voto e l'uomo. Il martire arse nella stessa luce dell'altare come un poeta che ascenda con l'ala stessa del canto.

Come ai piedi della croce le donne vegliavano dietro la pugna e la pietà ebbe una voce dolce, una mano lieve ed ogni figliuolo sognò la sua madonna; la Regina aprì le porte della Reggia al popolo che vi portò la voce del suo strazio, la vera immagine della sua gloria ed ogni casa vide fra le sue mura da quel giorno ardere un lume e piangere una donna.

Come il Magno Alessandro bendò le piaghe di Lisimaco con la fascia del suo diadema e il sangue vinse il prezzo e la luce di ogni gemma, il Re nostro accolse i martiri nella sala del trono e la corona bruciava in ogni fronte, la porpora vestiva ogni dolore. Tutta la patria, dal monte alla valle, dal monarca al popolo era un inferno di strazio ed un paradiso di amore e più di ogni preda, oltre ogni vittoria, la guerra ci donò il fuoco che ci rese puri e l'amore che ci fece grandi.

Oggi le memorie sono lontane, le cicatrici sono larvate e la luce del sacrificio parla in questa fonte che versa un'acqua buona a placare ogni sete, a detergere ogni macchia. Ma forse noi non siamo più degni di toccarla tanto siamo tornati vani da quel giorno. Noi rimpiangiamo i giorni della prova quando l'umanità era più triste e meno vile, quando la patria era più misera e più grande. E voi uomini dell'arte sacra, vedeste levarsi il grido dell'anima dallo strazio della carne, la sentiste vibrare e sfavillare nel sacrificio come il ferro il maglio e pareva crescere nell'angustia ed accesa dal tormento quasi che il suo fuoco e la voce venissero dalla madre.

Voi uomini dell'arte sacra che vedeste il sopravvento dell'anima sulla carne e quanto più vaste le piaghe tanto più intera vi apparve nel suo sorriso eterno nel suo volto immutabile, dite voi se il dolore è sventura o provvidenza; se la morte è cordoglio o salvazione; dite anche se questo popolo nostro fu grande, voi che lo scrutaste nel vivo delle sue piaghe e nel fondo della sua coscienza, voi che lo guardaste nella sincerità dell'anima, come nella nudità della carne, quando la verità sgorga dal labbro come il sangue dalla vena e viene fatto di confessarsi alla morte senza più nulla da nascondere, senza più nulla da temere. Dite se questo popolo nostro colmò la sua misura ed empì il suo giorno; se disse tutta la verità, se fece tutta la sua strada, magnanimo nella sventura e generoso nel bisogno. Dite se abbiamo ragione di amarlo senza eccezioni assurde o distinzioni vane. Noi che siamo i medici di pace e come voi nella guerra non teniamo il campo nè portiamo corona ma offrendoci in segreto e battendoci nell'ombra custodiamo il patto umano guardando oltre la tempesta, cercando nel futuro quando la pace sarà fatta per una necessità più vera di una verità più alta.

Dite uomini dell'arte sacra. Per voi, per la pietra, risponde la fonte e sia benedetta l'opera e lodato il sacrificio dei compagni vostri che vissero in purità e morirono in gloria. E dal loro esempio impariamo tutti a combattere senza armi, a vincere senza preda, per amore della Patria, del Re e di Dio ».

Appena chiuso l'alato, nobilissimo discorso, il Re, la Regina, la Duchessa d'Aosta e il cardinale Mistrangelo si avvicinano al cieco veggente per compiacersi con lui.

Inaugurato il monumento, entra nel Chiostro il Carroccio col lauro del Palatino, tirato da quattro paia di buoi adorni di drappi tricolori campeggiati dalla croce rossa. I buoi hanno un ramo di olivo sulla testa.

All'entrata del Carroccio la folla enorme saluta la Duchessa d'Aosta a cui tributa una calorosa ovazione. Passando davanti al palco reale la Duchessa si inchina ai Sovrani e quindi prende posto nel palco stesso.

Otto medici tolgono il lauro dal Carroccio e passando fra un largo stuolo di dame della Croce Rossa lo depongono sul monumento. La cerimonia è finita.

***

Numerosissime sono state la adesioni. Il Duca d'Aosta ha così telegrafato:

«Salve o fratelli medici caduti per il sublime ideale di amore, di pietà di Patria! Vi ammirai nelle martoriate trincee, vi esaltai nelle estenuanti vigilie, vi venerai nel secondo sacrificio! Non siete morti oggi: rimane fra noi superstiti il vostro spirito e l'esempio che Voi ci avete dato di altruismo e di devozione: Voi e le eroiche sorelle di pietà, che divisero le spasimo delle atroci agonie. Siate benedetti o fratelli per la vostra vita e per la vostra morte. - Emanuele Filiberto di Savoia».

L'on. Rocco, Presidente della Camera dei deputati, ha telegrafato: «Ai silenziosi eroi che diedero la vita per la Patria compiendo una incomparabile missione umana rende onore Firenze in nome dell'Italia. Dolente di non potere per precedenti impegni assistere invio la mia fervida adesione alla solenne cerimonia resa più augusta dalla presenza delle LL. MM. e plaudo al proposito giusto e gentile che tramanda ai posteri la memoria di gesta degne di perenne onore».

Vibranti pure le adesioni dei proff. Murri, V. Ascoli, Silvagni, del gen. Caviglia, del ministro della marina, dell'on. Paolucci, del gen. Albricci, del gen. Giardino, di Pietro Bolzon, degli onorevoli Luigi Fulci, La Bella ed altre.

L'opera e il sacrificio dei quattrocento medici caduti sul campo dell'onore e dei mille e cento medici deceduti per malattie di guerra, sono stati degnamente glorificati.

PROFILI.

Emilio Kräpelin.

Nel silenzio, caro alle persone che riflettono, il Nestore degli psichiatri del mondo, maestro dei maestri, EMILIO KRAEPELIN, si è ritirato dall'insegnamento a lui pur così caro, senza attendere il giorno in cui, come ironicamente sentenziava G. Hirtl, il professore universitario comincia secondo le leggi, a diventare senilmente scemo. Eppure la sua lucida intelligenza, la sua meravigliosa attività e le lunghe e non mai interrotte esperienze nelle sale cliniche davano più forte il diritto di parlare a lui così fecondo oratore; e più che di parlare, dimostrare con argomenti obbiettivi che le discipline psichiatriche, quale esponente della biopatologia, non sono al disotto di tutti gli altri rami del gran tronco della medicina. La fama che lo ha portato ai più alti gradini dell'altare non deriva soltanto dall'avere egli cercato di penetrare a fondo nello studio delle oscure e variabili manifestazioni della mente malata ma per avere indirizzate le sue indefesse ricerche allo studio dei molteplici attribuiti della mente umana, sì da apparezzarne gli equivalenti fisici e possibilmente misurarne il valore. Ed i suoi «Arbeiten» ai quali hanno posto mano generazioni di studiosi accorsi al suo Istituto dall'uno e dall'altro mondo, hanno contribuito, rispecchiando l'indirizzo del maestro, ad estendere il patrimonio della psicologia sperimentale, che per integrarsi deve domandare aiuto anche alla patologia.

Forte di un tale corredo di studi, il Kraepelin ha avuto il diritto di rivedere le varie forme di malattie mentali; ed è ancora viva la lotta fra quanti accettano le sue concezioni sulla *dementia praecox* e quelli che ancora tentennano nel denominarla con un appellativo troppo ominoso. Ma — questione di nomenclatura a parte — spetterà sempre al Kraepelin indiscutibile il merito di avere messo in luce le caratteristiche cliniche di questa fra le varie psicosi oscurissima, e sopratutto di avere richiamato l'attenzione sulla enorme frequenza della malinconia e di quegli stati morbosi della psiche svolgentisi con ciclo periodico e che ai profani ed anche ai medici passano inosservati; forse perchè, secondo la frase felice di uno scrittore di Francia, *nous sommes presque tous périodiques*.

Ma il ritirarsi dall'insegnamento non è stato per il grande Maestro la conseguenza di un'aspirazione a godersi nel declinare dell'età un placido e meritato tramonto. Pari a Marco Tullio, egli vuol essere invece *in otiis negociosus*, desideroso com'è, di dare tutta la sua ancor giovanile energia allo sviluppo di quell'Istituto (Forschunganstal) di ricerche obbiettive sul cervello e sulla mente umana, che ora si va costruendo a Monaco col concorso di tutte le Nazioni, compresa l'Italia che, ahimè, — ne so qualche cosa — vi ha contribuito assai modestamente. Quest' Istituto, fuso fin'ora con la Clinica Psichiatrica, vide per decenni piegare sui microscopi le fronti di un Alzheimer e di un Nissl, il quale ultimo ebbi a compagno di studio nel vecchio e glorioso laboratorio di B. von Gudden. Là accorsero prima della guerra, studiosi di ogni regione di Europa e di America in assai maggior numero dell'ora presente in cui si va affievolendo quell'ideale della scienza che in molti paesi, anche in quelli che vantano civiltà bimillenarie, è quasi tollerata.

Vada, adunque ad EMILIO KRAEPELIN l'augurale romano *ad multos annos;* e che il suo Istituto raggiunga, lui vivente, anzi superi la fama che lo rese, prima della guerra, celebrato in tutto il mondo civile.

G. MINGAZZINI.

NOTIZIE DIVERSE.

Il servizio sanitario presso la Cassa Nazionale delle Assicurazioni Sociali.

Si è recentemente riunita, sotto la presidenza di S. E. il senatore Ugo Da Como, la Commissione medica centrale della Cassa Nazionale per le assicurazioni sociali, composta dei professori Biondi, Levi, Loriga, Pisenti, e del medico capo della Cassa, dott. Cesare Giannini, oltre che del Direttore prof. Paolo Medolaghi.

Sulla scorta di una relazione predisposta dal dott. Giannini, la Commissione ha esaminato alcuni importanti problemi del servizio sanitario che deve disimpegnare la Cassa Nazionale. Dopo aver dichiarata la opportunità di assumere per concorso il personale da adibire ai complessi servizi sanitari dell'Istituto, la Commissione ha discusso circa la istituzione in Italia delle assistenti sanitarie di fabbrica, sull'esempio delle nazioni più progredite in fatto di assistenza sociale. La Commissione ha inoltre portato il suo esame sul compito importantissimo dell'assistenza alla maternità. Per una maggiore e migliore protezione della donna madre la Commissione ha approvato un ordine del giorno in cui è espresso il voto che la previdenza obbligatoria per la maternità sia estesa in avvenire a tutte le operaie, e che conformemente alle risoluzioni adottate nella conferenza di Washington del 1919, l'assistenza materna si concreti in un periodo di riposo di sei settimane avanti il parto e di altrettante dopo il parto, oltre all'assistenza sanitaria.

La Commissione, rilevando infine la importanza che nel campo scientifico e in quello dell'azione che deve svolgere la Cassa avrebbe una completa ed esatta statistica nosografica, ha disposto per la raccolta degli elementi necessari a poter deliberare una classificazione nosologica che risponda alle più moderne esigenze pratiche e scientifiche.

Per l'Università di Bari.

Sono stati banditi a breve scadenza i concorsi alle seguenti cattedre: di fisiologia; di clinica dermosifilopatia; di clinica delle malattie nervose e mentali; di zoologia, anatomia e fisiologia comparate I concorsi si chiudono il 17 novembre.

Come sono allogate le Facoltà di Medicina e di Scienze a Milano.

Le cliniche e gli istituti di perfezionamento in medicina sono quasi tutti presso gli Istituti clinici in via Commenda, ospedali Maggiore e Fatebenefratelli (clinica medica generale), Fatebenesorelle (patologie speciali medica e chirurgica), Istituto dei rachitici (clinica ortopedica e traumatologica) ed Istituto Oftalmico, nei quali sono stati fatti gli opportuni adattamenti.

Gli Istituti d'igiene e di anatomia patologica sono provvisoriamente nell'Ospedale Maggiore e negli Istituti clinici; gli Istituti di anatomia umana normale, patologia generale e fisiologica nei nuovi edifici della Città degli Studi; gli altri insegnamenti della Facoltà di medicina presso le sedi già indicate e presso altri Istituti della Facoltà di Scienze.

La Facoltà di Scienze avrà sede nell'edificio di via Sacchini, ma molti dei suoi insegnamenti e laboratori sono presso il Museo di storia naturale, l'Acquario, il Politecnico e la Scuola sup. di Agricoltura.

Piano d'azione del Comitato Romano contro la tubercolosi.

Il nuovo piano d'azione, proposto dalla Presidenza del Comitato Romano, per intensificare la lotta antitubercolare, muove dalla premessa che la città sia divisa in sei zone, con sei Dispensari corrispondenti. Ogni Dispensario dovrebbe rappresentare, nel proprio perimetro, un centro di organizzazione contro la tubercolosi, a funzione autonoma, con disponibilità di mezzi propri; se questi non fossero sufficienti, ricorrere a quelli provenienti da opere federate operanti nella zona; se tutto ciò non fosse realizzabile, ricercare i mezzi di azione fuori del proprio perimetro e precisamente nell'Ufficio Centrale Antitubercolare che è l'organo di convergenza di tutta la Federazione.

Questa forma di funzionamento dovrebbe necessariamente presupporre l'esistenza di un'effettiva e costante coordinazione fra l'Organo anzidetto, i Dispensari e l'Ufficio d'Igiene.

Sappiamo che delle intese sono già avvenute per l'attuazione pratica dell'accennato progetto di riforma. (Dal *Bollettino Mensile*, n. 1).

Lotteria nazionale a favore di Istituti sanitari di Palermo.

E stata concessa una lotteria nazionale per l'importo di 5 milioni a favore dell'Ospizio marino ed ospedale dei bambini «Enrico Albanese» di Palermo e dell'Associazione contro la tubercolosi «Il fanciullo d'Italia» pure di Palermo (*Gazzetta Ufficiale* del Regno, n. 228 del 29 settembre 1924).

L'importo della lotteria deve dividersi in ragione di tre quinti all'Ospizio marino e due quinti all'Associazione contro la tubercolosi.

L'estrazione sarà effettuata in tre volte — 7 giugno 1925, 31 dicembre 1925 e 4 aprile 1926 — in Milano sotto la vigilanza del Prefetto di quella città che farà osservare tutte le formalità di legge.

Un "Istituto Lombroso" a Parigi.

È stato costituito a Parigi un «Istituto Lombroso», destinato allo studio degli argomenti di antropologia criminale. Direttore ne è l'avv. Guilhermet; segretario il conte de Gercey, già discepolo di Enrico Ferri e di Scipio Sighele, di cui espone le dottrine alla Sorbona con conferenze annuali. Conferenze simili saranno d'ora in poi tenute alla Sorbona anche da scienziati italiani.

Il Comitato d'onore comprende i Presidenti del Consiglio dei Ministri di Francia e d'Italia, Enrico Ferri, Guglielmo Ferrero, ecc.

Sciopero d'infermieri a Padova.

Gl'infermieri e gli uomini di fatica delle cinque cliniche universitarie di Padova si sono messi in sciopero il 4 corr., per iniziativa del sindacato fascista, continuando a prestare la loro opera ai malati solo nei casi urgenti. Le cinque cliniche dipendono dal Governo, ma il ministero delle Finanze e quello della P. I. se ne palleggiavano l'onere. Finora ha provveduto l'amministrazione ospedaliera, anticipando circa 400 mila lire; ma cessato il suo intervento, il personale era rimasto senza paga.

Premio Isnardi.

La Commissione aggiudicatrice del concorso Isnardi ha comunicato al Congresso di pediatria che il primo premio in L. 10.000 è stato assegnato al prof. Macciotto di Sassari e i due secondi premi ai proff. C. Pestalozza e Frontali di Firenze.

Scambi colturali franco-inglesi.

È stato concretato un piano organico per lo scambio di professori e di studenti tra la Francia e l'Inghilterra; esso è prevalentemente dovuto all'iniziativa del dott. Leurat, direttore dell'Istituto Francese a Londra.

I medici irlandesi reclamano miglioramenti economici.

Nell'adunanza annuale della «Irish Medical Association» il presidente, dott. William O' Sullivan, di Killarney, richiamò l'attenzione dei convenuti sugli scarsi compensi dei pratici d'Irlanda, i quali assistono più di 2 milioni di abitanti del Libero Stato, in base alle leggi dell'assistenza medica gratuita (Medical Charities Acts), mentre ricevono globalmente, dai poteri pubblici, una somma annua che corrisponde a meno di 2 milioni di lire ital. In nessun altro paese del mondo i medici sarebbero retribuiti così poco.

Fu reclamato, pertanto, un miglioramento.

(*Journ. A. M. A.*)

Alla fiera internazionale di Francoforte.

La Fiera Primaverile di Francoforte, che si svolgerà nel 1925, cedendo alle insistenze degli interessati istituirà nuovamente il gruppo alimentare e metterà a disposizione di esso un vasto salone.

Questa decisione è stata presa, per soddisfare la richiesta di numerose ed importanti Ditte del ramo alimentare alla Fiera Internazionale di Francoforte.

Per informazioni rivolgersi all'Ufficio per l'Italia in Milano (29), via Settembrini 11.

Un processo editoriale.

Innanzi al Tribunale Civile della Senna si è svolto un processo intentato dal prof. Schiffers, di Liegi, contro i professori Lermoyez, Monré e Sebilleau, cittadini francesi, i quali nel 1909 lo avevano invitato a collaborare per l'otorinolaringologia in un loro Manuale, e gli assicurarono che il suo nome avrebbe figurato nel titolo. Quando comparve il primo volume dell'opera, il suo nome mancava dal titolo; e l'articolo che egli mandò per il secondo volume, gli fu respinto, con la dichiarazione che si era deciso di valersi unicamente di collaboratori francesi.

La Corte ha deciso in favore di Schiffers. Ha stabilito che i volumi stampati devono essere ritirati, per sostituire, alla pagina recante il titolo, un'altra pagina in cui figuri il nome dell'autore belga; che l'articolo da questi scritto a richiesta dei convenuti in giudizio, dev'essere inseritto nel secondo volume, ora in via di stampa, il quale deve recare il di lui nome; i convenuti sono stati condannati a tutte le spese del processo ed alla pubblicazione della sentenza per esteso in due riviste mediche belghe od a scelta dell'istante. (*Le Scalpel*)

Controversia medico-letteraria.

Lo scrittore Henri Bérard, che nel 1922 vinse un premio Goncourt, ha pubblicato un romanzo intitolato «Lazare», in cui il protagonista è vittima di una doppia personalità, provocata da un traumatismo.

Questa pubblicazione ha dato origine ad una vivace polemica col dott. Bérillon, professore alla Scuola di Psicologia; polemica provocata da un'intervista giornalistica.

Il prof. Hochengge.

In seguito ad una conferenza del prof. Hochenegg, dell'Università di Vienna, sulla dicotomia degli onorari medici, le associazioni professionali locali gli hanno inflitto la censura e si sono rivolte alle autorità universitarie perchè prendessero provvedimenti disciplinari, ma queste hanno deciso che egli non poteva essere soggetto a misure del genere perchè la discussione di argomenti deontologici, fatta con gli studenti, rientra di pieno diritto nel campo didattico.

La responsabilità civile dei chirurghi in giudizio.

In Francia, un soldato ferito in guerra citò in giudizio il chirurgo che lo aveva curato, attribuendo ad una compressa lasciata nella ferita, la malattia e la deformità rimastagli. I periti (Broca, M. Labbé, Rieffel) dimostrarono l'insussistenza dell'accusa e esclusero la responsabilità del chirurgo. Ma ciò nonostante, il tribunale della Senna condannò il chirurgo a pagare i danni-interessi al suo assistito. (*Paris médical*, 6 sett. 1924).

Un medico imputato.

Il prof. Amedeo Kraus, della M. N. V. D., è stato denunziato all'autorità giudiziaria per avere, nella sua qualità di medico, rilasciato un certificato falso, tendente ad eludere le investigazioni sul delitto di Mirandola.

Contro i medicinali ciarlataneschi.

L'ex-Ministro per l'igiene in Francia, on. Justin Godart, si è rivolto ai tribunali perchè giudichino se una casa di salute di Parigi, che fa una grande pubblicità promettendo di guarire il cancro per mezzo di medicinali e senza bisogno d'interventi chirurgici, commetta una truffa a danno della salute e

attentando alla vita. I tribunali chiederanno consiglio ai più illustri sanitari. Si prevede che non sarà facile un giudizio, dati gl'inevitabili conflitti d'interessi. Comunque l'on. Godart intende far trionfare il principio che le frodi contro la salute pubblica a mezzo della réclame sono perseguibili dalla giustizia e stabilire un precedente.

Determinazione volontaria del sesso ?

In un'assemblea indetta a Milano dall'Associazione Nazionale delle levatrici, la signora Maria Grecchi ha tenuto una conferenza su alcuni esperimenti da lei attuati in base alla teoria del prof. Thudi di Ginevra, per la determinazione del sesso a volontà. Ha sostenuto un contraddittorio coi dottori Sancorto, Biondi e Tosi; si è concluso con la nomina di una Commissione composta di due medici e quattro levatrici allo scopo di esaminare la portata scientifica degli esperimenti della Grecchi.

Si è spento il dott. J. GORROCHATEGUI, ispettore medico della Marina Militare argentina. Aveva partecipato alla spedizione polare di Nordenskjöld.

Il dott. LEO STUCKEY, già chirurgo capo dell'Ospedale Obrechow e poi dell'Ospedale Alessandro di Leningrado (Pietrogrado), autore di numerose pubblicazioni chirurgiche, è stato ucciso dal fratello di una sua operata, morta di uremia cinque giorni dopo l'intervento; i genitori di lei gli avevano intentato causa; ma egli era stato assolto, perchè non si era trovato nulla di incriminabile nella sua opera di sanitario.

Il dott. ROWE, direttore del Sanatorio di Görbersdorf, è morto, insieme a due impiegati e due pazienti del sanatorio, di un'infezione paratifoide, conferita da fragole e che colpì 240 persone dell'istituto.

È morto il fisiologo inglese prof. WILLIAM BAYLISS, apprezzato per i suoi studi sul sistema nervoso vegetativo ed in particolare sui vasomotori, per i suoi «Principî di fisiologia» e, ultimamente, per le sue concezioni filosofiche, le quali avevano avuto un largo seguito negli Stati Uniti, ove erano sorte due Società che recavano il di lui nome.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Anales Fac. de Med. (Lima), 4-6. — E. CAMPODONICO. L'insegnam. della radiologia clinica. — P. S. MIMBELA. Il morbo di Carrion o verruga peruviana.

Tubercol., ag. — G. LOSCHI. La pleurite relativa da pneumotor.

Medic. Ital., ag. — E. MODIGLIANI. Le secrez. interne in oftalmologia.

Clin. Pediatr., ag. — G. MACCIOTTA. Reaz. del sangue nei bambini. — G. SALVIOLI. Reazioni di Sgambati e di Rosenbach.

Prensa Méd. Argent., 30 ag. — M. R. CASTEX, A. H. COSTEMALLE, H. J. MOLLARD. L'acidosi nei renali.

Amer. Med., ag. — M. CANICK. Diagn. e trattam. delle emorroidi interne.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 ag. — Numero di oto-rino-laring.

Riv. Ital. di Ginecol., V bis. — P. G. DAL COLLO. Modific.' indotte da estratti dei genitali interni femm. sull'ovaio e sull'utero. — A. PISTUDDI. Reazione dell'ovaio a corpi estranei.

Actinoterapia, 6. — G. VIANA. Elioterapia artific. a mezzo delle lampade a quarzo.

Liguria Med., 1 ag. — A DE MARTINI e G. MUGGIA. Esploraz. funzion. del fegato in rapporto alla biligenesi.

Rassegna Studi Sessuali, lug.-ag. — M. CARRARA. Genesi, profilassi e cura dei «reati sessuali» — F. v. RENTZENSTEIN. Migrazioni dei popoli e fenomeni sessuali.

Riv. crit. di Cl. Med., 25 ag. — D. CAMPANACCI. Morbo di Recklinghausen.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Off. Tip. Sandron. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXXI — Roma, 24 Novembre 1924 — Fasc. 47

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

I CONGRESSI DEL GIORNO.

XXXI Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

Milano 26-28 ottobre 1924.

I Tema di relazione: *La Chirurgia del simpatico perivasale*: Relatore O. UFFREDDUZZI (Torino). — L'operazione di Leriche, simpatectomia periarteriosa o arteriosa, è un intervento che si propone di modificare il regime circolatorio e trofico di un dato territorio, agendo sulle fibre nervose simpatiche della tonaca avventiziale dell'arteria.

I fatti che si osservano nell'uomo e anche negli animali (cane, coniglio, cavia), per quanto in questi meno frequentamente e meno evidentemente, sono in breve i seguenti: 1) durante le manovre sulla guaina avventiziale si osserva una pronta ed intensa contrazione dell'arteria, che riduce il suo calibro a circa metà o un terzo di quello primitivo: contemporaneamente cessano le pulsazioni e le trepidazioni del vaso, che si irrigidisce. La contrazione è in genere immediata e segmentaria. Frattanto nelle parti periferiche, che sono diventate pallide e fredde, scompare o si riduce il polso nelle arterie accessibili alla palpazione, la pressione locale si abbassa in modo evidente e parallelamente cade la temperatura locale. La curva pletismografica mostra un netto abbassamento, la capillaroscopia presenta una contrazione e riduzione di calibro dei capillari cutanei. Questo stadio si protrae per un tempo variabile da 6 a 12, al massimo 15 ore, poi si attenua abbastanza rapidamente. 2) Ai fatti iniziali segue uno stato perfettamente opposto: si ha una trasformazione completa in tutto il territorio. Il colorito diviene rosso intenso, aumenta il calore locale, vi è turgore della parte, le ferite praticate nel territorio simpatectomizzato, che già si erano fatte asciutte, tornano a sanguinare. La pressione e la temperatura locale sono in genere in aumento. Se si è potuto mantenere il pletismografo in posto, come riesce di fare qualche volta nell'esperimento, sino ad esaurimento dei fenomeni vasocostrittivi, si rileva un brusco risalire della curva pletismografica. La capillaroscopia mostra una dilatazione dei capillari, il cui calibro è superiore a quello rilevato prima dell'inizio dell'operazione. Queste condizioni persistono per un periodo che varia da 30 a 90 giorni. 3) L'intervento, sia pure indirettamente, agisce anche sulla innervazione e sull'afflusso sanguigno nelle terminazioni sensitive, facendo cessare lo stato di irritazione di queste, quando esiste; per questo si vedono scomparire i dolori causalgici, i fenomeni acroparestesici, ecc.

Con quale meccanismo questi fatti si svolgono non ci è ancora possibile di spiegare in modo completamente soddisfacente. Nessuna delle teorie o meglio ipotesi avanzate spiegano tutti i fatti osservati. Le più notevoli sono essenzialmente le seguenti. 1) La simpatectomia interrompe la più gran parte delle vie vasomotrici efferenti, distruggendo prevalentemente le fibre vasocostrittrici, per cui il tono vasale rimane permanentemente spostato in favore della vasodilatazione. 2) La simpatectomia agisce in quanto interrompe le fibre sensitive. Gli stimoli che partono dai monconi centrali di queste fibre, irritati dai processi di cicatrizzazione della

ferita, vanno ai centri e particolarmente ai centri vasomotori, provocando riflessi, che ritornano alla periferia per la via dei nervi misti spinali e particolarmente per le vie vasodilatatrici, che sono numerose in essi, e raggiungono i vasi segmentariamente. La simpatectomia agirebbe quindi non direttamente sulle parti periferiche, ma indirettamente provocando riflessi vasodilatatori, che dai centri raggiungono i vasi per la via dei nervi spinali. 3) Le fibre vasomotrici vanno alla periferia percorrendo vie diverse; per gli arti e per alcuni visceri la maggiore parte delle fibre vasocostrittrici segue realmente i vasi e particolarmente la loro guaina avventiziale, mentre le vasodilatatrici, la cui esistenza ed il cui decorso è certamente quello meno esattamente accertato, seguirebbero, secondo la maggior parte degli autori, la via dei nervi misti spinali giungendo ai vasi segmentariamente. La simpatectomia periarteriosa interrompe quindi prevalentemente le fibre vasocostrittrici, lasciando invece intatta la più gran parte delle fibre vasodilatatrici. Perciò, nel territorio dipendente, passata la momentanea irritazione, dovuta al trauma operatorio, si ha prevalenza della vasodilatazione, prima perchè la interruzione della funzione vasocostrittrice è già in complesso causa di più ricca ed abbondante e simultanea replezione dei vasi, specialmente capillari, secondo perchè colla interruzione delle vie vasocostrittrici gli stimoli vasomotori che dai centri vanno alla periferia non trovano più altra via libera, che non sia quella delle fibre vasodilatratrici. Come sopra ho ricordato non trovano ancora soddisfacente spiegazione: le grandi differenze che si riscontrano talvolta tra l'estensione del territorio di distribuzione vasale, e l'estensione della zona di vasodilatazione; l'azione a distanza osservata da molti autori, sia sull'arto simmetrico nel caso di simpatectomia unilaterale, sia e sopratutto in parti situate a monte del punto simpatectomizzato o addirittura nell'arto superiore dopo simpatectomia della femorale.

Le indicazioni dell'intervento sono state molto numerose e varie, alcune giustificate almeno nel presupposto teorico, altre meno. Indicazioni indiscusse si possono considerare: 1) l'ulcera trofica da lesioni dei nervi, quando non vi siano fenomeni radicolari, 2) l'ulcera trofica idiopatica, 3) la causalgia e fenomeni analoghi dopo ferite dei vasi e dei nervi. Indicazioni consigliate dalla maggior parte degli autori si hanno nel morbo di Raynaud, nesti stati angiospastici, nell'acroparestesia, ecc. Così pure risultati abbastanza buoni per quanto meno costanti si possono aspettare negli stadi iniziali del-dell'arteriosclerosi, specie se complicata da spasmi accessionali (dolori preminotori, claudicatio intermittens, ecc.). Un buon aiuto per ottenere la cicatrizzazione della ferita da amputazione ed eventualmente per permettere amputazioni più compensative si può avere dalla simpatectomia nelle varie forme di gangrena, quando naturalmente sia vano aspettare un miglioramento nel trofismo dei tessuti ormai condannati.

Nella gangrena embolica l'intervento è nettamente controindicato: nelle ulcere e gangrene la cui base principale risiede nella sifilide e nel diabete, la maggioranza degli autori è contraria all'intervento, mentre non manca chi crede che anche in queste condizioni la simpatectomia possa essere un efficace coadiuvante della cura specifica. Per tutte le altre indicazioni e specialmente per l'influenza sulle malattie infettive localizzate, particolarmente per la tubercolosi articolare e ossea, per l'influenza sul ritardo di consolidazione nelle fratture, i risultati sono ancora scarsi ed incerti per poter trarre conclusioni, ma tuttavia è logico consigliarne una più ampia esperimentazione, dato che l'iperemia che segue all'intervento non può che essere favorevole a questi processi e dato che anche l'esperimento conforta a seguire questa via. Favorevoli per quanto in genere transitori i risultati nelle ulcere da varici, tuttavia pare allo stato attuale consigliabile estendere l'indicazione anche a queste lesioni, ribelli a quasi tutti gli altri mezzi di cura.

La tecnica dell'intervento deve per quanto è possibile essere sistematizzata ed è perciò consigliabile, quando si può, praticare l'escissione dell'avventizia metodicamente in lembi interi, isolandoli accuratamente, come è consigliato da numerosi autori. Tuttavia si deve riconoscere che date le lesioni, che spesso si incontrano nel tessuto avventiziale e periarterioso, questa asportazione sistematica non è sempre possibile e si deve d'altra parte ammettere che anche collo strappamento a piccoli lembi dell'avventizia si sono ottenuti ottimi risultati. L'essenziale, qualunque sia la tecnica, è che la decorticazione venga fatta a fondo, fino a lasciare il vaso ben denudato, in modo che la pinzetta, scorrendogli sopra, faccia scrosciare la parete muscolare senza più sollevare alcun lembo e che l'isolamento sia fatto per un tratto sufficientemente lungo e sopratutto su tutta la circonferenza del vaso.

I pericoli immediati inerenti all'operazione sono veramente minimi, gli incidenti rarissimi e quasi sempre legati a profonde e gravi alterazioni della parete vasale, per cui pare non sia impossibile prevenirli, rinunziando alle simpatectomia o praticandola meno radicalmente, quando questi fatti si riscontrino. Questi incidenti, raramente constatati, consistono essenzialmente in rotture e perforazioni secondarie dell'arteria per arteriomalacia, per disturbi gravi della nutrizione della parete vasale, quasi sempre in individui vecchi e arteriosclerotici. Gli incidenti inerenti ad emorragie durante l'operazione sono rarissimi, facilmente evitabili, purchè si abbia cura di allacciare e tagliare a conveniente distanza dal vaso i rami che da esso si staccano nella zona simpatectomizzata; quando accidentalmente si verificasse è sempre facile il provvedere con lacci o suture vasali ad una perfetta emastasi.

I risultati immediati sono naturalmente molto vari, data la varietà delle indicazioni per cui l'intervento fu intrapreso ma i casi in cui la vasodilatazione e l'iperemia mancano completamente o non danno alcun segno di influenza sul processo morboso, almeno nelle indicazioni razionali, sono assolutamente eccezionali. Sono invece frequenti i risultati ottimi, talvolta meravigliosi per cui si

vedono scomparire rapidissimamente stati dolorosi, persistenti da molto tempo, e altra volta si vedono cicatrizzare in 10-15 giorni ulcere e piaghe, che immutate avevano resistito ad ogni mezzo terapeutico per mesi e per anni.

I risultati lontani sono ancora incerti, data la scarsità delle osservazioni lungamente seguite; tuttavia è naturale che essi siano legati alla malattia primitiva, per cui l'intervento fu intrapreso e non si può d'altra parte negare che casi di guarigione inaspettatamente durevoli furono ripetutamente riferiti da varii autori.

In complesso noi dobbiamo concludere, che la simpatectomia peri-arteriosa è un intervento prezioso, che dà al chirurgo il mezzo più sicuro ed efficace per modificare il regime circolatorio di un territorio, nel quale si svolge un processo morboso. Nessuno degli altri mezzi ricordati dagli autori, quali la sezione dei nervi, per esempio del nervo safeno, la stasi alla Bier, l'applicazione di revulsivi, l'applicazione di stimolazioni termiche e meccaniche (massaggio), ecc., può gareggiare colla simpatectomia per efficacia e per continuità di azione. Per quanto dati precisi non si abbiano, tuttavia pare presumibile in base a quanto finora si è osservato che la modificazione apportata dalla simpatectomia nel territorio in questione è di gran lunga più efficace e più durevole che non quella ottenuta coll'irradiazione solare e coll'irradiazione Roentgen. La simpatectomia periarteriosa perciò deve ritenersi come una delle più importanti acquisizioni della terapia chirurgica moderna, le cui indicazioni debbono naturalmente essere col corredo di numerose esperienze vagliate e ridotte, ma che rimarrà indubbiamente il più efficace mezzo di cura per numerose malattie e sindromi, che non sogliono ricavare dalle altre che scarso o punto giovamento.

Comunicazioni e discussione della relazione "La chirurgia del simpatico perivasale".

LERICHE (Lione). — La interpretazione dei risultati della simpatectomia periarteriosa si presenta, sotto vari punti di vista, assai difficile.

La dottrina dei nervi vasomotori deve essere in gran parte rinnovata. In un primo tempo l'O. credette che gli effetti della simpatectomia fossero da attribuire alle lesioni chirurgiche dei vasocostrittori. Ma questa interpretazione non deve corrispondere al vero.

Come spiegare altrimenti che, in seguito alla simpatectomia di un'arteria di un arto, si sono avute modificazioni non solo sull'arto del lato opposto, ma anche su sintomi dismenorroici?

E' assai probabile che tali effetti a distanza dipendano da irritazione dei nervi sensitivi del vaso, su cui si opera.

Non è neppure facile cosa stabilire le indicazioni della simpatectomia. Possiamo solo, servendoci dei singoli casi, dire in quali la simpatectomia ha ottenuto guarigioni durature o notevoli miglioramenti, e in quali essa ha invece fallito.

L'O. ha ottenuto guarigioni definitive in casi di ulcerazioni trofiche da cause banali; in un caso di ulcerazione su moncone di amputazione (guarigione datante da 2 anni); in un caso di ulcerazione da lesione di nervi (1 guarigione su 17 casi); in un caso di disturbi trofici (craurosi vulvare guarita con la simpatectomia dell'arteria ipogastrica); in un caso di edema duro del dorso della mano e in un caso di edema degli arti inferiori.

Ignora quali sieno i risultati lontani delle simpatectomie eseguite per causalgie.

Non ha ottenuto alcun successo nelle nevriti ascendenti.

Pare che in una speciale forma di arterite obliterante dei giovani, osservata in Russia, si sieno ottenuti con la simpatectomia nel 30% dei casi notevoli miglioramenti.

Nelle gangrene arteriosclerotiche ha ottenuto la sedazione dei dolori. Lo stesso risultato nelle forme dolorose consecutive a flebite obliterante: in questi casi ha associato alla simpatectomia periarteriosa, la resezione di un tratto di vena.

L'O. ha eseguito la simpatectomia complessivamente in 120 casi.

ALESSANDRI (Roma). — Ha eseguito in 6 casi la simpatectomia della femorale superficiale al triangolo di Scarpa. In 3 casi si trattava di ulcera perforante; in 1 caso di ulcera trofica consecutiva a ferita dello sciatico popliteo esterno, e che aveva reso necessarie amputazioni ripetute; in 1 caso di ulcera varicosa; in 1 caso di eritromeralgia con gangrena iniziale. All'infuori di quest'ultimo caso, i risultati immediati furono buoni in tutti gli altri; ma solo nel caso di ulcera trofica su moncone di amputazione il risultato buono si è mantenuto fino ad oggi. Negli altri l'ulcerazione si è riformata.

ANZILLOTTI (Livorno). — Fa delle osservazioni sul meccanismo di azione della simpatectomia.

Ha ottenuto dei buoni risultati nei casi di ulcerazioni trofiche e in quelle da varici. In un caso, in cui la guarigione dura da 4 mesi, unì alla simpatectomia la resezione della safena. Guarigione ha pure ottenuto in una bambina con ulcerazioni della gamba, sopravvenute dopo una poliomielite.

Al contrario in due altri casi (fra cui un'ulcerazione su moncone da amputazione) il miglioramento è stato solo transitorio.

Crede che la simpatectomia debba essere usata con riserva.

GALLI (Padova). — Riferisce i risultati di 14 simpatectomie periarteriose eseguite nella R. Università di Padova. 11 furono fatte per ulcere varicose. La simpatectomia fu praticata 13 volte sulla femorale, 1 volta sull'omerale, e sempre per una estensione da 8-10 cm.

Osservò la contrazione dell'arteria non appena veniva sollevata l'avventizia. La temperatura massima sull'arto operato era raggiunta circa 36 ore dopo l'intervento, poi diminuiva, ma molto lentamente. Furono fatte con il Pachon ricerche sui cambiamenti di pressione nel territorio dell'arteria simpatectomizzata.

Quasi sempre si ottenne una rapida cicatrizzazione delle ulcerazioni.

In 3 casi di ulcerazioni varicose la guarigione si mantiene dopo 6 mesi dall'operazione.

ETTORRE (Milano). — Nella simpatectomia periar-

teriosa l'anestesia generale è preferibile. Si ottengono buoni risultati nelle ulcere varicose, in individui, che non sieno arteriosclerotici.

Risultati anche migliori nelle ulcerazioni troficotraumatiche. Nessun miglioramento in un caso di gangrena arteriosclerotica. In tutto sono stati operati 8 casi (operati da Castiglioni).

DOMINICI (Roma). — E' della opinione di Anzillotti, che gli animali da esperimento poco si prestino allo studio della simpatectomia periarteriosa.

Egli l'ha eseguita in 5 casi. In 1 caso (ulcere perforanti bilaterali), presentato al Congresso dell'anno scorso, si è avuto recidiva. In 2 altri casi si sono avuti: 1 recidiva, 1 guarigione datante da un anno. In un caso di ulcera varicosa (per la quale era stata già fatta una Mariani ed una safenectomia) la guarigione è stata tardiva, ma persiste da 6 mesi.

FASANO (Asti). — Ha sempre constatato la vasocostrizione (talora segmentaria) dell'arteria dopo la simpatectomia. Ad essa succede la vasodilatazione.

Ha operato 20 casi.

Nelle ulcere perforanti con R. W. negativa, risultati buoni.

Nelle gangrene spontanee, risultati buoni.

Nelle gangrene arteriosclerotiche, risultati incerti: i dolori però sono mitigati, e la gangrena tende a meglio delimitarsi.

Nelle ulcere varicose i risultati immediati sono buoni: rapida guarigione, e cicatrice liscia. Non conosce i risultati a distanza.

Ha avuto un buon risultato in un caso di angiospasmo, in cui eseguì la simpatectomia cervicale (operazione di Jonnesco).

DE GAETANO (Napoli). — In un caso di ulcere perforanti multiple dei due piedi dolorose, datanti da 7 anni, eseguì da un lato la simpatectomia della femorale, dall'altro lo stiramento del nervo. Ebbe guarigione, che fu più rapida dal lato simpatectomizzato. La guarigione data da 10 mesi.

CHIARELLO (Napoli). — Porta un contributo allo studio della fine istologia dei capillari, e fa delle considerazioni sulla circolazione extracardiaca e sulla simpatectomia periarteriosa.

BIANCHETTI (Torino). — Riferisce su di un caso di ulcera varicosa ribelle, nel quale fu tentata la simpatectomia. Durante la decorticazione l'arteria si ruppe, e dovette essere allacciata. Il risultato fu buono, e tale si mantiene dal marzo scorso.

Crede che nei casi di ulcera varicosa, per ristabilire in qualche modo l'equilibrio circolatorio, reso difficile dalla stasi nel circolo venoso, l'allacciatura, o meglio la stenosi dell'arteria possa essere indicata.

CALANDRA (Palermo). — Ha eseguito la simpatectomia periarteriosa della femorale in un caso di tubercolosi del ginocchio; e la simpatectomia dell'omerale in un caso di atetosi del braccio.

Ebbe guarigione nel caso di atetosi, miglioramento nel caso di tubercolosi del ginocchio.

In questi due casi (si trattava di bambini) non ha constatato contrazioni dell'arteria.

SCALONE (Siracusa). — Fa delle considerazioni sull'autonomia del simpatico, e dice che la simpatectomia deve essere praticata sui grossi vasi.

Distingue vari gruppi di simpaticopatie (sensitive, motorie, vasomotorie).

Molto utile è la simpatectomia nelle causalgie, mentre non ha ottenuto alcun risultato nelle ulcere varicose.

CHIASSERINI (Roma). — Ha eseguito 5 simpatectomie periarteriose sulla femorale. In 4 casi si trattava di ulcere varicose. In 1 di gangrena arteriosclerotica.

L'asportazione dell'avventizia riesce talora laboriosa, date le alterazioni, che spesso ha riscontrato su di essa, e le aderenze patologiche fra vena e arteria. Onde non crede che una sistematizzazione dei metodi di simpatectomia sia sempre possibile.

In un caso l'arteria si lacerò in corrispondenza di una collaterale, e la sutura laterale fu assai difficile. La contrazione dell'arteria fu scarsa.

I risultati immediati per le ulcere varicose furono buoni; non così quelli lontani. Nel caso di gangrena arteriosclerotica l'arteria si trombosò nel tratto in cui l'avventizia era stata asportata; la gangrena progredì.

SERAFINI (Torino). — Ha eseguito la simpatectomia bilaterale della carotide primitiva, interna ed esterna in 7 casi di epilessia. In due casi ha ottenuto la cessazione degli attacchi epilettici per vari mesi (in uno da 18 mesi).

LUSENA (Genova). — E' d'opinione che, come conclusione di tutto ciò che è stato detto e scritto, si possa affermare che l'operazione di Leriche è indicata solo in quei casi in cui in linea generale si voglia ottenere un acceleramento nel processo di guarigione di una data lesione.

Fa poi alcune osservazioni sulle ricerche pletismografiche eseguite dal R. sui reni.

PIERI (Belluno). — Ha eseguito finora 18 simpatectomie periarteriose in 15 soggetti, così classificabili:

1) Ulcera perforante bilaterale, con insuccesso (segni recidiva).

2) Ulcera semplice della gamba resistente alle più svariate cure incruente, con guarigione.

3) Tubercolosi chirurgica del segmento distale degli arti (mano e piede): 4 casi con risultato molto dubbio (miglioramento appena apprezzabile e forse riferibile alle cure concomitanti). In due casi identici di osteite tubercolare del calcagno, uno trattato con e l'altro senza la simpatectomia, il decorso ulteriore nel caso simpatectomizzato fu meno favorevole (comparsa di un ascesso freddo alla gamba).

4) Disturbi circolatori degli arti inferiori: 9 casi (5 da arteriosclerosi, 2 da endoarterite obliterante, 1 per gangrena simmetrica delle dita dei piedi da trombosi bilaterale dell'arteria femorale, 1 per gangrena circoscritta forse neurogena). L'operazione si mostrò efficace contro il sintomo dolore, quasi sempre fierissimo, ma non dimostrò una azione apprezzabile sui disturbi circolatori e sulla nutrizione dei tessuti.

PALMA (Napoli). — Riferisce i risultati sperimentali di ricerche fatte per assodare le cause che presiedono agli insuccessi della simpaticectomia.

Dagli esami macroscopici ed istologici è risultato:

1) La presenza di un manicotto fibroso perivasale che restringe il vaso diminuendo permanentemente il calibro dell'arteria.

2) Un'ipertrofia delle tuniche muscolare ed elastica.

3) Un'endoarterite obliterante, che, insieme col manicotto cicatriziale, non pare sia priva d'importanza agli effetti della riproduzione delle ulcerazioni, dopo la simpaticectomia.

CAVINA (Bologna). — Ha praticato la simpatectomia periarteriosa in 10 casi: 7 ulcere varicose e 3 gangrene arteriosclerotiche.

Solo in 2 casi di ulcere varicose pare siasi ottenuta una guarigione duratura.

Al pari di Chiasserini, richiama l'attenzione dei Colleghi sulle difficoltà tecniche, che non raramente l'operazione presenta.

F. ROSSI (Aquila). — Simpatectomia periarteriosa in 2 casi di morbo di Raynaud. Nessun beneficio apprezzabile.

LATTERI (Palermo). — Secondo l'O. nessuno ha ancora impiegato la simpatectomia periarteriosa nei casi di ferite delle grosse arterie. Reputa quindi utile riferire su di un caso di ferita di arma da fuoco di medio calibro (pistola) alla coscia destra con lesione completa dell'arteria femorale, da lui trattato con simpatectomia. Dopo aver messo a nudo l'arteria, riuscendo impossibile la sutura termino-terminale dei due monconi recisi, per la notevole diastasi, passò alla loro allacciatura mediante fili di seta, e quindi alla simpatectomia periarteriosa.

Il decorso postoperativo fu dei migliori. L'inferma è guarita completamente ed ha ripreso il suo mestiere.

L'O. si mostra convinto che nei casi di ferite delle grosse arterie la simpatectomia periarteriosa del moncone inferiore, di quello superiore ed eventualmente della grossa collaterale che da quest'ultimo si diparte, riesca utilissima perchè facilita di molto il circolo collaterale.

LEONI (Palermo). — Ha potuto riprodurre sperimentalmente, con la simpatectomia periarteriosa, i fenomeni dello stupore arterioso. Ha osservato anche che la ricostituzione dell'avventizia è quasi completa verso il 45° giorno. Non ha notato alterazioni della tiroide, dopo simpatectomia della carotide.

ANGLESIO (Torino). — Nella clinica chirurgica di Torino la simpatectomia periarteriosa è stata eseguita in 7 casi (ulcere varicose, perforanti, consecutive a frattura).

In un caso di ulcera varicosa la guarigione dura 3 anni. In uno di ulcera, consecutiva a frattura, da 8 mesi. In un caso di gangrena si ebbe un miglioramento solo transitorio. In un caso di morbo di Raynaud si ebbe un miglioramento tardivo.

UFFREDUZZI (Relatore). — Risponde dettagliatamente ai vari oratori. E' d'accordo con Leriche per ciò che si riferisce ai nervi sentitivi dei vasi, e al meccanismo di azione della stasi alla Bier (che agisce, non tanto per la stasi venosa, quanto per la successiva iperemia).

Insiste sul fatto che non bisogna chiedere alla simpatectomia più di ciò che essa può dare: si tratta spesso di lesioni, che recidivano con una costanza esasperante; e spesso la causa, che le ha prodotte, permane.

Fa notare che in molte forme ulcerative, che passano facilmente per ulcere trofiche e varicose, la cura antiluetica porta spesso a guarigione.

Per ciò che riguarda l'anestesia da usarsi quando si voglia eseguire la simpatectomia periarteriosa, egli preferisce l'anestesia generale.

Comunicazioni varie.

PURPURA (Palermo). — *Alcune osservazioni sui tumori maligni dell'uomo.* — Dagli studi fatti in questi ultimi tempi si è convinto che la dottrina dell'origine parassitaria dei tumori maligni non sia da scartare.

In 9 casi di tumori inoperabili (6 cancri della mammella; 3 sarcomi) ha potuto isolare dai tumori stessi e dal sangue dei pazienti un germe, che ha la forma di un cocco. Nei passaggi successivi il germe assume una forma allungata, filamentosa (miceliale) con spore. Le inoculazioni di queste culture negli animali hanno provocato la comparsa di noduli, che sono tuttora oggetto di studio. I germi sono stati isolati anche dal sangue degli animali inoculati.

FICHERA (Pavia). — *Squilibrio oncogeno - Accertamento, correzione.*

PICCALUGA (Pavia). — *Contributo alla tecnica sierologica del cancro.*

PACETTO (Pavia). — *Studio sierologico dell'organismo umano nelle varie età in rapporto all'oncogenesi.*

PERACCHIA (Pavia). — *La reazione sierologica di Botelho per i tumori maligni in rapporto all'evoluzione e cura di questi.*

FICHERA e i suoi assistenti riferiscono sulle modificazioni che la reazione citolitica subisce negli animali catramati; nelle varie età; in rapporto alla iniezione di dosi molto deboli di radium; alla Roentgen e radium-terapia; ed alla ablazione di alcune glandole a secrezione interna.

MONTANARI (Marciano di Romagna). — *Encondroma congenito della regione laringea.* — Riferisce un caso da lui operato.

G. LUSENA (Genova). — *Nuovo contributo alla conoscenza dei tumori retroperitoneali.* — Ha avuto occasione di asportare 4 grossi tumori retroperitoneali. Si trattava di tumori a struttura fibro-sarcomatosa e mixo-sarcomatosa. Questi tumori raramente recidivano. Le forme fibro-sarcomatose evolvono verso la cavità addominale spingendo il colon ascendente o discendente verso l'esterno. Le forme mixomatose invece crescono nella loggia renale, avanzandosi verso il basso lungo lo psoas, a guisa di ascesi freddi; talora, passando per la lacuna muscolorum, arrivano nella regione crurale.

MARAGLIANO D. (Genova). — A proposito della comunicazione di Lusena osserva che anch'egli ha operato dei bambini per tumori retroperitoneali. L'uretere si lascia isolare abbastanza facilmente. Non ha osservato recidive.

FRASSI (Milano). — *Contributo alla conoscenza dei tumori primitivi delle ghiandole sudoripare.* —

A proposito di un caso di epitelioma delle glandole sudoripare, operato nell'ospedale Maggiore di Milano, ricorda gli idrocistomi e gli adenomi di queste ghiandole; essi si osservano sopratutto alla faccia. Gli epiteliomi sono più rari.

ROMITI L. (Bologna). — *Contributo alla conoscenza dei sarcomi del funicolo spermatico.* — Riferisce su due casi operati.

PALMA (Napoli). — *Influenza della simpatectomia cervicale sul processo di guarigione delle fratture.* — Asportava nei conigli il ganglio cervicale inferiore, e quindi fratturava il radio bilateralmente.

Radiograficamente ha osservato che il proceso di ossificazione del callo avveniva più rapidamente nel radio corrispondente al lato simpatectomizzato.

Questa maggiore rapidità di consolidamento della frattura fu confermata anche con l'esame istologico.

RADICE (Napoli). — *Tre casi di simpatectomia cervico- toracica nell'asma bronchiale.* — Riferisce tre casi da lui visti operare, e seguiti, in una clinica di Berlino. I risultati della simpatectomia, secondo Jonnesco, furono negativi.

ALESSANDRI (Roma). — *Importanza del Lipoiodol per la diagnosi e la cura dei tumori del midollo (2 casi operati).* — Riferisce due casi in cui l'iniezione sottodurale di 1-1 1/2 cc. di Lipoiodol, secondo Sicard, permise di localizzare con precisione la sede del tumore. Insiste sui vantaggi che una esatta localizzazione di un tumore midollare (o di qualunque agente che stenosi il canale rachideo), ha per una corretta terapia, in quanto la localizzazione fatta col solo esame neurologico è spesso non completamente esatta (di solito più bassa della sede reale dell'affezione). La iniezione può essere fatta sia sottoccipitale, sia cervicale, purchè avvenga più in alto della sede presumibile del tumore.

Un'altra iniezione può essere fatta al di sotto, in modo da poter valutare la estensione del tratto stenotico. Essa non provoca disturbi, e si è mostrata, nei due casi operati da A., completamente adatta allo scopo.

Illustra i casi con proiezioni di radiografie molto dimostrative.

DELITALA (Venezia). — *Echinococco della dura madre. Compressione del midollo. Laminectomia. Guarigione.* — Per stabilire la sede precisa della tumefazione, si servì della iniezione di Lipoiodol. Essa rispose completamente allo scopo.

L'O. preferisce di eseguire la puntura sottoccipitale.

ALESSANDRI. — E' d'opinione che la puntura cervicale sia meno pericolosa di quella sottoccipitale.

SOLARO (Milano). — *Tumore del midollo spinale. Paraplegia datante da un anno. Guarigione.* — Paziente operata di laminectomia nel maggio 1923. Il tumore non venne trovato. In secondo tempo la laminectomia fu spinta più in alto, trovato il tumore e asportato.

S. Presenta la paziente completamente ristabilita.

BAGOZZI. — *Resezione retrogasseriana della radice del V.* — Presenta una malata da lui operata di sezione retrogasseriana della radice del V. L'operazione si presenta assai più facile della gasserectomia. Non ne è risultato alcun inconveniente a carico dei muscoli masticatori, nè disturbi oculari.

PUTZU (Cagliari). — E' piuttosto favorevole alla gasserectomia.

BASTIANELLI R. (Roma). — Mette in evidenza i vantaggi, ormai bene riconosciuti, della sezione retrogasseriana rispetto alla gasserectomia.

Non crede però che la neurocheratite sia sempre evitabile.

LEOTTA. — E' anch'egli partigiano della sezione retrogasseriana. Le fibre della radice motrice possono facilmente rigenerarsi, dato che i centri di questa non vengono lesi.

MARRONI (Roma). — *La tubercolosi chirurgica è passibile di guarigione.* — Con l'iniezione di un suo preparato a livello del focolaio tubercolare ottiene la rapida colliquazione del tessuto tubercolare, e la guarigione.

Il preparato ha anche un'azione benefica sulle condizioni generali.

Presenta delle radiografie.

CAPPELLI e BATTAGLIA. — Fanno alcune osservazioni.

D'AGATA. (Catania). — *Ricerche ed osservazioni su di un caso non comune di actinomicosi dell'avambraccio.* — Riferisce un caso di actinomicosi dell'avambraccio: le lesioni interessevano le parti molli e lo scheletro. Esse subivano dei peggioramenti durante la gravidanza della paziente. Dal focolaio flogistico D. isolò l'actinomices asteroides.

CAVINA (Bologna). — Riferisce su 62 casi di *cisti dentarie.* Alcune erano follicolari, altre radicolari: quelle si osservano più spesso nei giovani, queste in individui di età matura. Sono più frequenti nelle donne, e nel mascellare superiore.

Si operano quasi esclusivamente per via endoorale, e in anestesia locale. Possono essere aggredite anche per via nasale. L'asportazione è indicata nelle piccole cisti. Quelle più voluminose vengono operate, trasformando il cavo cistico in una cavità accessoria della bocca o del seno mascellare.

CALVINO R. — *Un caso di diverticolo esofageo.* — Un caso di diverticolo dell'esofago cervicale in una donna di 74 anni. Fece la legatura del peduncolo del diverticolo, e l'asportazione di questo. Guarigione. (Presenta una radiografia).

NASSETTI (Pisa). — *Mioma del piloro.* — Riferisce un caso, in cui era stata fatta diagnosi di ulcera pilorica. Fu eseguita la resezione del piloro. Alla sezione si trovò invece un piccolo tumore, che aveva la struttura di un leiomioma.

I miomi del piloro sono rari (N. ha potuto raccogliere solo 16 casi ed hanno uno sviluppo sottomucoso.

MAIOCCHI (Milano). — *Esclusione pilorica ed ulcera duodenale.* — Osservando a varia distanza di tempo i pazienti operati per ulcera duodenale, sia con la semplice G. E. sia con la G. E. associata alla esclusione del piloro alla V. Eiselsberg, ha osservato non raramente la ricomparsa di disturbi.

Ha invece ottenuto risultati assai migliori associando alla G. E. la piloroplicatio, che porta ad una esclusione pilorica incompleta.

MARINACCI (Roma). — *Cisti ematica del grande epiploon.* — Caso clinico. Si trattava di una ra-

gazza di 13 anni, che presentava una grossa tumefazione nell'addome. La tumefazione dava il fremito idatideo, era spostabile in alto e lateralmente; ma non si poteva spostarla più in basso della posizione normalmente occupata. All'intervento M. trova una cisti ematica del grande epiploon, che egli marsupializza. Guarigione.

TORRACA (Napoli). — *L'iperalgia cutanea in alcune affezioni morbose degli organi addominali.* — Da due anni a questa parte ha ricercato sistematicamente in tutti gli infermi di malattie addominali ricoverati nella Clinica chirurgica della Università di Napoli le aree di iperalgia cutanea. Le ha potute riscontrare in circa la metà dei casi osservati. La iperalgia superficiale è più rara di quella profonda; talora la comparsa di essa coincide con l'aumento dei fenomeni dolorosi. Le zone iperalgiche sono in genere piuttosto estese, non sono segmentarie e quelle di organi diversi tendono in alcuni casi a sovrapporsi. Quest'ultimo fatto è specialmente evidente per l'appendice e l'ovaio. La incostanza del reperto, l'ampiezza delle zone, la tendenza alla sovrapposizione sembrano all'A. abbassare alquanto il valore diagnostico che da qualcuno è stato voluto attribuire alla presenza dell'iperalgia cutanea, la quale tuttavia merita di essere ricercata e studiata essendo strettamente connessa con il problema del dolore viscerale che attualmente è oggetto di molte discussioni.

SOLIERI (Forlì). — *Sull'uso dell'argento colloidale nel peritoneo all'atto della laparotomia per lesioni settiche addominali.* — Esposizione di casi clinici, nei quali S. ha ottenuto buoni risultati con l'uso in sito dell'argento colloidale.

BASTIANELLI P. (S. Giovanni Valdarno). — *Il motore gastrico (motore antro-pilorico dei fisiologi) in chirurgia, e la sua soppressione in chirurgia dello stomaco nelle lesioni non maligne di questo.* — B. espone i criteri che lo hanno indotto ad adottare la soppressione del motore gastrico (antro-pilorico dei fisiologi) in varie affezioni benigne dello stomaco: spasmo con o senza pilorite e peripilorite; turbe nervose e disquilibri endocrini agenti sullo stomaco per vie simpatiche e parasimpatiche; gastro-succorrea acida; ptosi gastro-duodenali. Con la soppressione del motore gastrico si allontanano le cause meccaniche e fisiopatologiche, che alterano i risultati della G. E.

B. ha operato, secondo questi criteri, 30 pazienti.

GAMBERINI (Bologna). — *Interventi chirugici sullo stomaco e duodeno.* — Dal 1922 ha eseguito 139 interventi. In 102 casi si trattava di lesioni benigne.

Pratica la G. E. con o senza esclusione del piloro nelle ulcere duodenali, quando si tratti di processi cicatriziali. Per le ulcere in atto pratica la resezione. Riferisce il caso di 4 fratelli, tutti sofferenti di ulcera duodenale.

BAGGIO (Roma). — *Concetti fondamentali sulla patogenesi, sul trattamento preventivo e sulla cura dell'ulcera digiunale postoperatoria.* — Nel determinare l'ulcera digiunale postoperatoria il succo gastrico agisce con la totalità dei suoi componenti, e per via diretta. Fattore di grande importanza — oltre al fattore chimico — è quello traumatico «ab ingestis».

Per prevenire l'ulcera digiunale, quando si intervenga sullo stomaco deviandone il contenuto, conviene attenersi al criterio di deviare soltanto parzialmente (senza chiudere il piloro) o di associare alla deviazione completa la resezione; resezione di tutta la pars pilorica.

Ma non basta resecare la pars pilorica. Bisogna non esaltare la capacità digestiva dello stomaco che rimane. Perciò, evitare la deviazione del contenuto duodenale: evitare la Y o la entero-enteroanastomosi: eseguire soltanto la termino-laterale o la latero-laterale. E adottare il concetto Billroth II a preferenza del Billroth I, per ridurre al minimo il trauma «ab ingestis», il quale è più dannoso che la incoordinazione secretiva dei liquidi epatopancreatico-duodenale determinato dalla soppressione della via fisiologica.

Gli stessi criterii valgono per curare l'ulcera digiunale in atto. Ma in tal caso, è maggiormente necessario tener presente la regola di evitare la Y.

PICCALUGA e BEDDARIDDA (Pavia). — Ricordano di aver ottenuto sperimentalmente delle ulcere iniettando autolizzati di mucosa gastrica nella parete dello stomaco il primo; il secondo con iniezioni di neurina.

GAMBERINI. — Ha osservato ulcere digiunali postoperatorie solo quando aveva fatto G. E. ad Y.

SCHIASSI (Bologna). — *Sul trattamento chirurgico di elezione dell'ulcera duodenale.* — Dopo aver ricordato i precedenti, che lo hanno indotto ad ammettere una patogenesi nervosa (disturbi del sistema simpatico e parasimpatico) per l'ulcera duodenale, ed a sostenere queste sue vedute in riviste e congressi, S. dimostra con schemi i dettagli della operazione da lui eseguita (sezione peripilorica con scontinuità dell'epiploon gastro-epatico).

Paragonando i risultati ottenuti con la semplice G. E., o con la resezione piloro-duodenale, o con lo esclusione pilorica e G. E.; con quelli ottenuti con la semplice recisione dei nervi simpatici e parasimpatici, che vanno al piloro-duodeno, associata talora a G. E. S. si è convenuto della superiorità della operazione da lui consigliata.

ALESSANDRI (Roma). — Fa notare che il concetto patogenetico dal quale Schiassi è partito per il suo metodo di cura non è ancora dimostrato come vero. Chè, anzi, dai lavori sperimentali eseguiti nella sua clinica, la patogenesi nervosa dell'ulcera duodenale risulterebbe molto dubbia.

Per suo conto continuerà a curare l'ulcera duodenale con la G. E. e la resezione.

Anche MAIOCCHI, per i risultati della sua esperienza, non crede di poter ammettere i concetti espressi da Schiassi.

NEGRONI (Milano). — *Considerazioni su una serie di casi di volvolo dell'ansa sigmoidea operati nel 1923-924 presso il Padiglione di Pronto soccorso dell'Ospedale Maggiore di Milano.* — Riferisce su 9 casi di volvulo del sigma. Si trattava di solito di pazienti di età avanzata. In 3 casi l'ansa era cangrenata e i pazienti morirono. In 3 casi l'ansa fu resecata ed un ano temporaneo stabilito. In un caso fu fatta la semplice detorsione, in un altro una colonpessi. In 2 casi fu fatta la diagnosi corretta prima dell'intervento.

L'esame radioscopico non ha dato sussidi diagnostici.

SEGALE G. C. (Genova). — Riferisce un caso di volvulo del cieco; e ricorda 2 casi di Giordano.

ROSSI (Aquila). — *Estesa resezione intestinale per trombosi di un ramo della vena mesenterica.* — Riferisce su di un caso da lui operato. Non si pronunzia sulla causa della trombosi.

CALABRESE (Bologna). — *Di un voluminoso linfagioma policistico, che simula un'appendicite acuta* — Studio clinico e anatomo-patologico. Si trattava di un giovane di 23 anni, che fu accolto d'urgenza in ospedale per i seguenti sintomi: febbre, vomito, tumefazione della fossa iliaca destra.

Fu fatta diagnosi di appendicite. Nei giorni successivi la febbre e il vomito scomparvero.

All'intervento si trovò nella fossa iliaca interna di destra un tumore, che aveva l'aspetto di un grappolo d'uva. L'appendice era normale.

Fu asportato. L'esame istologico dimostrò che si trattava di un linfagioma policistico.

SALA (Ronciglione). — *Emoperitoneo mortale da ulcerazione di un cancro latente primitivo del fegato.* — Riferisce su di un caso.

LATTERI (Palermo). — *Ricostituzione sperimentale del coledoco.* — Ricerche sperimentali eseguite sui cani. Lesioni parziali e totali del dotto biliare comune. Con un punto di sutura a tutto spessore si avvicina il capo centrale a quello distale. Indi, prossimalmente alla sezione del condotto, si lega il dotto stesso con un filo di seta o di catgut, stringendo fortemente. Si passa poi alla colecistostomia, per assicurare il drenaggio biliare. In tutti gli animali il decorso operatorio fu ottimo; la fistola biliare si chiude spontaneamente dai 28 ai 64 giorni dopo l'intervento. L'autopsia fece rilevare in tutti i casi la completa ricostituzione delle vie biliari.

L. insiste sui vantaggi, che questo modo di procedere presenta; e dice di avere iniziato ricerche analoghe sull'uretere.

Sulla comunicazione fanno osservazioni Bastianelli, Maragliano, Chiasserini.

CALZAVARA (Venezia). — *Iperglicemia acuta e necrosi acuta del pancreas.* — C. ha provocato sperimentalmente la necrosi acuta del pancreas, ed ha studiato il comportamento della glicemia e della glicosuria. Ha veduto che, mentre negli animali operati la glicosuria è assente, si ha sempre una rapida iperglicemia, che tende ad abbassarsi col drenaggio del focolaio di necrosi.

L'iperglicemia può quindi essere un sintomo importante per la diagnosi di necrosi acuta del pancreas.

C. ha potuto constatarla in un caso clinico.

MARAGLIANO D. (Genova). — *Dislocazione sperimentale del pancreas.* — L'O. ha eseguito una serie di ricerche per stabilire se nei trapianti peduncolari del pancreas l'assenza del diabete, che si osserva quando si estirpi nella misura del possibile tutto il pancreas rimasto nell'addome sia dovuta alla conservazione strutturale del trapianto o ad un progressivo riassorbimento di esso.

Egli ha studiato le alterazioni che si stabiliscono per la pura dislocazione del pancreas e quelle che si hanno dopo il secondo tempo per la sezione dei vasi e dei nervi; e per l'allacciatura dei dotti vettori della secrezione.

Per il solo fatto della dislocazione le alterazioni del pancreas sono relativamente lievi in modo che tanto gli acini quanto gli isolotti di Langerhans conservano in gran parte la loro struttura istologica.

Dopo la sezione del peduncolo, quando il trapianto è abbandonato alla neovascolarizzazione, le alterazioni si fanno più gravi. In un primo tempo non si osserva prevalenza di lesioni per gli acini o le isole di Langerhans, più tardi invece le lesioni sono più gravi a carico degli elementi degli acini.

L'A. ha fatto inoltre eseguire nel suo istituto l'irradiazione del pancreas con varie dosi. Il risultato fu che non si potè stabilire una radiosensibilità maggiore per gli acini che per gli isolotti.

ROSSI (Milano). — *Sopra un caso di stenosi bilaterale completa postoperatoria della porzione pelvica degli ureteri trattato con successo con la uretero-cisto-neostomia* (presentazione dell'ammalata. — Riferisce il caso di una inferma nella quale erano stati recisi ambedue gli ureteri nel corso di un intervento sugli annessi; per cui esisteva una fistola ipogastrica. Con l'intervento ricercati i due estremi ureterici, praticò due occhielli nella cupola vescicale in cui suturò i due estremi ureterici.

L'intervento fu seguito da pieno successo.

SOLIERI (Forlì). — Espone alcuni dettagli di tecnica per la uretero-cisto-neostomia. Un anno fa ebbe occasione di praticarla in due casi.

NICASTRO (Palermo). — Riferisce su ricerche sperimentali da lui eseguite per stabilire l'influenza che la compressione temporanea dei vasi renali era sul processo di guarigione delle ferite del rene.

SCARPELLO. — *Azione dell'estratto tiroideo e testicolare sul processo di guarigione delle ferite della mucosa vescicale.* — Ricerche sperimentali, dalle quali si può dedurre che, mentre l'estratto tiroideo affretta la riparazione delle lesioni della mucosa, quello testicolare lo ritarda.

LATTERI (Palermo). — Ricorda di aver ottenuto gli stessi risultati facendo agire estratti di tali organi su lesioni della mucosa gastrica.

CHIASSERINI (Roma) — *Calcolosi vescicale da corpi estranei.* — Bambina di 12 anni sofferente da 4 anni di disturbi vescicali. Dalla vescica venne estratto un calcolo formatosi intorno alla metà prossimale di uno spillone; la punta di questo era confitta nel trigono.

CROSTI (Milano) — *Sul trattamento chirurgico addomino-perineale nei grandi prolassi del retto recidivante.* — Questi prolassi si formano e si riproducono per l'approfondirsi del cul di sacco di Douglas e per il divaricamento degli elevatori dell'ano. C. in primo tempo fa, per via laparotomica, una sigmoidopessia, e oblitera lo sfondato del Douglas. In un secondo tempo perineale sutura fra loro a tutto spessore sulla linea mediana gli elevatori dell'ano. Se il prolasso non si è potuto ridurre nel primo tempo dell'operazione, fa durante il secondo tempo dell'operazione alla Mikulicz e la perineoplastica.

MATTOLI (Chieti). — Fu un'allucciatura costrittiva della base del prolasso, previamente stirato in

basso, e nel quale era stata introdotta una cannula e attende la caduta del tratto periferico.

CASTIGLIONI (Milano). — *Contributo alla cura chirurgica della tubercolosi polmonare.* — C. parla della sua esperienza di collasso-terapia extrapleurica. Ha operato 15 pazienti con forme cavitarie. Tre casi sono guariti da molti anni (da 3 a 12 anni). In 5 casi il miglioramento fu temporaneo. In 2 casi si ebbe esito letale (operazione in un sol tempo). Crede che si debba operare in due tempi. C. illustra la sua comunicazione con proiezioni.

PELLEGRINI (Chiari). — Ha eseguito 2 toracoplastiche, con 1 guarigione (datante da 4 anni) e 1 miglioramento temporaneo. In 8 casi ha praticato la frenicotomia.

CASTIGLIONI. — Ha eseguito anch'egli delle frenicotomie, ma con esito incerto. Ricorda a questo proposito la non rara presenza di un n. frenico accessorio.

PIERI (Belluno) — *Blocco temporaneo del frenico nella cura dell'ascesso polmonare.* — L'O. ha usato l'alcoolizzazione del frenico (invece della sezione, definitivamente mutilante) in casi di ascessi polmonari già operati, ma in cui la guarigione della cavità ritardava malgrado il corretto drenaggio. Tale operazione producendo il collasso della parte inferiore del polmone condusse rapidamente alla guarigione.

L'O. ha applicato il metodo in 4 casi, tutti di ascesso, talora a carattere cangrenoso, del lobo medio o inferiore del polmone; nel primo caso in cui egli praticò l'alcoolizzazione del frenico l'apertura dell'ascesso risaliva a 10 mesi, e la guarigione si ebbe nel termine di 5 settimane; negli altri la alcoolizzazione fu eseguita più precocemente, e la cicatrizzazione si ottenne in un termine variabile dai 14 ai 32 giorni.

L'alcoolizzazione preventiva del frenico, diretta cioè allo scopo di obliterare col collasso polmonare la cavità ed evitare l'intervento chirurgico diretto, fu praticata dall'autore in due casi, ma senza successo: si ebbe un miglioramento immediato manifestatosi sopratutto nella notevole riduzione dell'espettorato, ma poi i sintomi ridivennero imponenti e si dovè procedere all'apertura dell'ascesso.

L'operazione è facile e innocua: essa va eseguita in anestesia locale.

L'O. ritiene che sia raccomandabile di praticarla come intervento complementare nei casi in cui, a distanza di alcune settimane dall'apertura dell'ascesso, la cavità dimostri una tendenza troppo lenta alla obliterazione.

GIORDANO (Venezia). — Ricorda che già Valsalva interrompeva il n. frenico stringendolo con un filo.

VIGNOLO Q. (Lucca) — *Di un particolare processo di mioplastica per torcicollo congenito.* — Fra i vari metodi praticati per la correzione chirurgica ortopedica del torcicollo c'è la plastica diretta del muscolo sterno-cleido-mastoideo. Migliori risultati funzionali ha ottenuto l'O. servendosi, per l'allungamento del muscolo S. C. M., di un lembo prelevato dal segmento clavicolare del muscolo gran pettorale. L'O. ha applicato questo metodo in due casi con buon risultato.

MONTEMARTINI G. (Pavia). — *La linfoadenite inguinale subacuta o linfogranuloma venereo inguinale.* — Ricerche eseguite nell'Istituto di Patologia chirurgica di Pavia. In due casi ha isolato un germe, che ha potuto coltivare. Iniettato negli animali ha ottenuto lesioni simili a quelle riscontrate nell'uomo.

ROSSI FRANCO (Milano). — *Di alcuni casi trattati con la trasfusione di sangue citratato.*

BIANCHERI (Modena). — *Sulla tecnica della trasfusione del sangue* (presentazione di apparecchio).

QUIRI (Cerlongo). — *Trasfusione del sangue con tubo paraffinato.*

DOSSENA. — *Trasfusione di sangue integrale.*

MINGAZZINI E. (Roma) — *Sulla ventricolografia.* — Descrive la tecnica della ventricolografia, e presenta alcune radiografie dimostrative.

PELLEGRINI (Chiari) — *I risultati lontani delle operazioni cineplastiche.* — Presentazione di un caso.

BORGHI (Milano) — *Gli esiti immediati e lontani del trattamento cruento ed incruento delle fratture del collo del femore, con speciale riguardo alle fratture intracapsulari.* — L'O. illustra, con la proiezione di numerose diapositive, la sua comunicazione. Si tratta di molti casi di frattura, in gran parte sottocapitali, curati operatoriamente con l'incavigliamento alla Delbet (segmenti di perone o stecche di corticale della tibia); o incruentemente. L'O. sostiene che, anche dopo l'incavigliamento, è necessario tenere l'apparecchio gessato per parecchi mesi, perchè l'innesto osseo può fratturarsi, e l'angolo di inclinazione tende a diminuire, anche dopo 2-3 mesi.

FASIANI G. N. (Torino) — *Sulle alterazioni delle epifisi nel periodo dell'accrescimento.* — L'O. ha eseguito studi anatomo-patologici e ricerche sperimentali sulle malattie epifisarie del tipo Köhler-Perthes. Lo studio anatomo-patologico di una serie di casi di malattia di Köhler ha dimostrato (come risulta dalle diapositive che proietta):

1° che la lesione iniziale è nella spugnosa della epifisi, la quale presenta parti necrotiche e in una zona più o meno estesa viene sostituita da tessuto connettivo nel quale si avviano trasformazioni scheletogene;

2° che in corrispondenza di questa lesione della spugnosa sottocondrale, e sicuramente per influenza del carico o di un trauma, si inizia e via via si completa una frattura con affondamento e con impressione, che conduce ad una deformazione della testa del metatarseo;

3° che in seguito si stabilisce un processo di artrite deformante.

La constatazione di una necrosi ossea negli stadi iniziali del processo rappresentava il fatto più importante. Non essendovi alcuna prova in favore della natura infiammatoria o traumatica di questa necrosi, rimaneva aperta la via all'ipotesi che essa dipendesse da una interruzione circolatoria nell'epifisi. In alcune ricerche sperimentali condotte seguendo concetti già applicati da Nussbaum, ho cercato di interrompere in tutto o in parte la circolazione dell'epifisi di metatarsei di cani di 2-3 mesi. L'esame istologico ha dimostrato che nell'epifisi di questi metatarsei, parti più o meno estese della

spugnosa necrotica venivano sostituite da tessuto connettivo. Queste esperienze devono essere completate, ma i primi risultati stanno già a dimostrare che la interruzione di vasi nell'epifisi può determinare quadri istologici simili a quelli che si osservano negli stadi iniziali della malattia di Köhler.

BERTOCCHI (Torino). — *Innesti dell'apparato rotuleo fissato.* — Prendendo lo spunto dalla comunicazione 28 genn. 1293 all'Acc. di Chir. di Parigi fatta dal Delrez, ha eseguito 15 esperienze sul coniglio.

Con radiografie dimostra che la restitutio ad integrum funzionale è completa. I tendini vengono riabilitati, l'osso già dopo 40 giorni presenta nelle sue lacune un tessuto fibroso lasso con vasi in rapporto col circolo generale come dimostra l'iniezione della femorale col Pelican tinte.

Dopo 60 giorni il tessuto del midollo si è fatto compatto e numerosi osteoblasti sono esposti sulla superficie delle vecchie lamine. Il destino della cartilagine è vario e solo esperimenti in svolgimento ne daranno una spiegazione.

FACCINI (Padova). — *Considerazioni anatomiche e clinico-operatorie sul legamento gastro-epatico.* — L'O., da un punto di vista embriologico-anatomico, afferma che il così detto «terzo omento» non è altro che il legamento gastro-epatico, il quale negli ptosici addominali, ma più nei gastroptosici e gastroectasici, si può tanto allungare che, quando lo stomaco risalga nella sua sede nell'epigastrio, si plica su sè stesso in modo da formare una borsa che in contrapposto alla bursa omentalis major si può chiamare «bursa omentalis minor».

Da un punto di vista clinico questa borsa omentale minore può spiegare certi dolori di origine oscura, a sede colecisto-piloro-duodenale, e non riferibili a lesioni di altri organi.

Essi dipenderebbero dalla trazione che questa b. o. m., essendo ptosico lo stomaco, esercita sul legamento epato-duodenale, sul legamento gastrocolico, sul colon trasverso.

La borsa omentale minore può servire per rinforzare suture (per ulcere perforate), per assicurare l'emostasi, ecc.

JURA (Roma). — *La mesenterite retrattile sperimentale.* — Ha praticato 3 gruppi di esperimenti riferibili ad alcuni dei momenti etiologici ritenuti causa della mesenterite retrattile e sclerosante.

In un primo gruppo iniettò 10 cc. di soluzione 0,5 % di soda in uno dei rami dell'arteria mesenterica superiore. Osservò, dopo 7-20-50 giorni, retrazione del mesentere a livello dei rami della mesenterica iniettata.

Con iniezioni di emulsione di B. coli e di tossine tubercolari nella sottosierosa dell'ultimo tratto del tenue ottenne formazione di aderenze e retrazioni mesenteriali.

SBROZZI (Genzano). — *Indicazione della splenectomia nei traumi della milza.* — L'O. in base alla esperienza di 38 casi da lui osservati illustra i seguenti quesiti:

a) quali sono le lesioni traumatiche della milza operabili;

b) in quale momento si deve intervenire;

c) quali sono le vie di accesso; quali i casi in cui è indicata la cura conservativa, e quali i metodi per eseguire la splenectomia.

TROIANO (Atessa). — Illustra un caso di ferita da a. da fuoco della milza, in cui fu eseguita la splenectomia traverso la ferita del diaframma.

Il XXXII Congresso della Società Italiana di Chirurgia si terrà in Roma nell'ottobre 1925.

I temi di relazione sono: 1) L'occlusione intestinale (escluse le ernie strozzate). 2) La cura del morbo di Flaiani-Basedow (in comune con la Soc. di Medicina).

A. CHIASSERINI.

III Congresso della Società Italiana di Urologia.

(*Milano, 29-30 ottobre 1924*).

Con l'intervento del sen. Mangiagalli, sindaco di Milano, del rappresentante del medico provinciale dott. Pugliese, delle autorità mediche militari, del direttore dell'Ospedale Maggiore e di circa 200 congressisti ebbe luogo l'inaugurazione del 3º Congresso della Società Italiana di Urologia, nell'Aula Paletta dell'Ospedale Maggiore il 29 ottobre u. s. Presenti quasi tutti i soci della Società Italiana di Urologia e il prof. Heitz-Boyer di Parigi. Aperto il Congresso dal presidente, dopo un simpatico discorso del sen. Mangiagalli e la dimostrazione di quanto Milano abbia fatto per l'Urologia, esposta dal prof. Lasio, fu affidata per voto unanime la presidenza effettiva del Congresso al prof. Nicolich, il quale ringraziando con commosse parole dell'onore, dichiarò aperto il Congresso, e commemorò brevemente i soci decessi: il prof. Escat, membro corrispondente, il prof. Scaramellino, valoroso combattente: infine prese commiato dall'assemblea, scadendo in questa occasione la sua carica.

Il prof. LASIO espone con sintesi felice la sua interessante Relazione:

Sui diverticoli della vescica.

Innanzi tutto l'O. ritiene di non poter accettare una teoria unilaterale nelle patogenesi del diverticolo vescicale, il quale oggi va considerato come un'entità patologica a sè, ma sostiene la necessità di distinguere alcuni vizi di conformazione congeniti della vescica (V. biloculare, v. a clessidra, ecc., diverticoli in donne e bambini) dipendenti da arresto di sviluppo nella vita embrionale e il diverticolo vero e proprio legato nella massima parte dei casi a fattori acquisiti. Vero è che esso si manifesta con frequenza in determinate zone della vescica, ed appunto in quelle congenitamente più deboli (pareti laterali, basso fondo vescicale e regioni ureterali e periureterali), ma a tali elementi se ne aggiunge più tardi un altro, meccanico, l'aumento cioè di resistenza nello svuotamento della vescica durante la sua sistole. Tali ostacoli si riscontrano quasi costantemente, per poco che li si ricerchi (stenosi uretrali, ipertrofia della prostata, sclerosi del collo vescicale, prolasso utero-vaginale).

Tale ipotesi di per sè attendibilissima viene av-

valorata e documentata dal fatto che cistografie prese prima e dopo tolto uno degli ostacoli sopradetti, dimostrano spesso la scomparsa di tasche diverticolari prima constatate.

Inoltre è d'osservazione banale il fatto che tale infermità si riscontra talora multipla quasi esclusivamente in uomini (112 casi in uomini su 11 in donne) e di età avanzata (44 prima dei 40 anni, 109 dopo) affetti cioè da ipertrofia prostatica e da restringimenti uretrali.

In alcuni casi però nei diverticoli ampi si può parlare tranquillamente più che di predisposizione, di vere e proprie malformazioni congenite del detrusore.

Riguardo ai *sintomi* conviene distinguerne prima alcuni propri e legati al diverticolo. Innanzi tutto è la *disuria*, con ritenzione completa, il fenomeno più imponente, il quale trova la sua ragion d'essere nel fatto che il contenuto diverticolare durante la sistole vescicale in parte viene svuotato all'esterno, ma in parte ritorna, sospinto dalla vescica stessa, nel diverticolo. Da ciò un circolo vizioso che conduce all'aumento sempre maggiore della sacca e all'esaurimento, e poi alla paralisi del detrusore con ritenzione d'urina conseguente. Bisogna sempre pensare alla possibile esistenza di un diverticolo in presenza di disturbi della minzione in un uomo adulto senza ostacoli nelle vie urinarie escretorie. Un altro sintomo dato come caratteristico da parecchi AA., la *minzione in due tempi distinti*, della vescica prima e del diverticolo poi, l'autore non ha potuto osservare. Invece più caratteristica è l'emissione di orina con caratteri differenti, anzi l'impossibilità quasi assoluta di ottenere delle urine limpide. Frequenti ancora sono i sintomi di *infezione*, in genere dovuti alla ritenzione, non solo a carico della vescica ma anche delle vie superiori con le loro conseguenze sull'organismo intero (piuria, ematuria, disuria, febbre, intossicazione e insufficienza renale). Raro ma grave è *l'impianto di un tumore* nel diverticolo.

Per la *diagnosi* oltre l'esatta valutazione dei sintomi clinici e l'osservazione di un tumore mediano ipogastrico, scomparente con la minzione, occorre eseguire la *cistoscopia*, la quale tuttavia non è sempre possibile sia per l'intolleranza del malato, che per l'incapacità vescicale e per l'intorbidamento continuo del liquido. Nè tale mezzo di indagine ci fornisce alcun dato sull'esatta posizione, sulla grandezza, ecc. dell'affezione.

Tali manchevolezze vengono facilmente superate grazie alla cistografia, sopratutto se eseguita in due tempi. Servendosi del collargolo, liquido a peso atomico alto e ben aderente alle pareti diverticolari si riesce a radiografare la sacca dopo aver svuotato la vescica e averla nuovamente distesa con aria. Lasciando poi il catetere a permanenza si riesce a metter in evidenza anche la deformità dell'uretra posteriore e, il numero, la forma, la grandezza, la posizione dei diverticoli.

La *prognosi* di questi malati è sempre riservata, considerandone l'età, l'esistenza della infezione, la scarsa resistenza, e tenendo sopratutto presente che per queste complicanze spesso si perdono i malati.

Nei riguardi della *cura* 4 sono i metodi che possono venire in discussione:

1) epicistotomia o creazione di una più ampia comunicazione tra diverticolo e vescica, indicata per i piccoli diverticoli o quelli del basso fondo, nei quali la stessa posizione può garantire un buon drenaggio;

2) estirpazione della causa del diverticolo (prostata, restringimento) sistema spesso insufficiente;

3) estirpazione del diverticolo, metodo che anch'esso talora non basta;

4) l'abbinamento dei due precedenti: estirpazione del diverticolo e della sua causa eziologica prossima.

Quest'ultimo metodo di scelta, esige una severa preparazione del malato, ma ne garantisce anche un buon risultato, come lo dimostrano i casi del Relat. che ebbe 10 malati affetti da un totale di 12 diverticoli con 10 operati e 10 guariti. La via da preferirsi, secondo l'A., è la soprapubica associata al metodo di diverticulectomia intra o extravescicale, ma extraperitoneale, metodo che si dimostra sempre sufficiente anche quando il volume della sacca, come in un caso personale, raggiunge la grandezza di una testa di adulto.

Delle altre vie: inguinale, sottopubica, perineale, pararettale, sacrale, l'A. ha seguito la prima in un sol caso, delle altre non ha pratica e le dice poco conosciute. Si può talora fendere, come consiglia Marion tutta la parete vescicale fino alla sacca, ma è una modificazione a cui si può ricorrere solo in casi estremi. Utile, ma raramente applicabile è stato il metodo di Young dell'aspirazione del diverticolo mediante una pompa elettrica, dal momento che l'infezione favorisce rapidamente lo stabilirsi di tenaci aderenze pericistiche che a tale manovra si oppongono.

***

Sullo stesso argomento seguirono altri importanti contributi.

BRUNI (Napoli). — Sostiene l'utilità in alcuni malati affetti da diverticolo del meato ipogastrico, a torto dimenticato, ma atto invece a diminuire le sofferenze e a ridare la possibilità di un ritorno al lavoro di tali malati.

Una manovra da tenersi presente durante la estirpazione della sacca diverticolare è il cateterismo degli ureteri eseguito sia prima dell'intervento che a vescica aperta.

D'AGATA (Messina). — Ha estirpato durante una erniotomia per ernia strozzata un diverticolo contenuto nel sacco, con ottimo risultato. Eguale successo ebbe l'O. in un altro caso di difficile diagnosi, in cui l'intervento fu facilitato dalla conoscenza preoperatoria di tale affezione.

ALESSANDRI (Roma). — Riassume in brevi e chiare parole i risultati dell'esperienza ricavata dall'osservazione dei casi personali. Sostiene come accanto agli acquisti, che sono certamente i più numerosi, esistano i diverticoli congeniti, come lo dimostrano i casi osservati in donne e bambini; è

d'accordo con il Relatore circa l'importanza della cisto-radiografia in 2 tempi; e sopratutto di quella in posizione laterale, e dimostra il suo asserto con numerose proiezioni di casi da lui osservati. Afferma che la via inguinale, da lui usata in due casi, e di grande utilità, e ne descrive brevemente la tecnica. Circa i rapporti tra uretere e diverticolo, l'A. è stato costretto più volte all'ureterecistoneostomia con buon risultato.

PERRUCCI (Bologna). — Ha osservato il primo diverticolo nel 1913, ed in seguito altri di cui espone la cistoradiografia, che gli si dimostrò particolarmente utile in un calcolo della porzione intramurale dell'uretere, già invano ricercato in vescica. Consiglia il cateterismo dell'uretere prima dell'intervento per facilitarne il distacco dal diverticolo.

FERRIA L. (Torino). — Distingue dagli altri, i diverticoli ad orifizio ampio poco sviluppato, che guariscono di solito con le lavande vescicali e le rimozioni dell'ostacolo. È naturale che se ciò non si mostrasse sufficiente bisognerebbe agire su di esso direttamente: in tali casi si mostrano utili le istillazioni dirette di sostanze medicamentose eseguite con l'aiuto di un catetere ureterale manovrato col cistocopio. I diverticoli primari sono voluminosi e hanno un orifizio stretto; l'infezione è spesso di origine intestinale. Caratteristica è l'impossibilità di ottenere delle orine limpide. Quando l'edema della mucosa dell'orifizio si infiamma, è facile lo stabilirsi di ritenzioni settiche e di flogosi perivescicali: complicazioni gravi. Sebbene si possano avere risultati soddisfacenti sbrigliando l'orifizio diverticolare e dreanando, è preferibile aggredire direttamente la sacca isolandola ampiamente dopo aver inciso il diverticolo ma non la vescica nelle parti più alte. Le estirpazioni vanno riservate solo ai casi ribelli ad ogni altro trattamento, dando la preferenza alla via soprapubica extraperitoneale. L'A., infine, ritiene che a giudicare almeno dalla sua esperienza i diverticoli siano assai più frequenti di quello che non si crede, e che siano congeniti, anche se i sintomi non vengono messi in evidenza che assai tardi per l'insorgenza di un ostacolo al deflusso dell'orina.

BELLI F. e CONFORTI C. (Firenze). — In base alla loro casistica di 9 casi, si associano a tale modo di vedere. Gli OO. hanno osservato ematuria e piuria ostinatissima, ritenzione cronica incompleta quasi costantemente, completa mai, e ritengono che la cistoscopia possa bastare per la diagnosi nella maggioranza dei casi. Interessanti 2 casi di tubercolosi diverticolare.

BLOCH G. (Padova). — Ritiene assai verosimile la origine congenita dei diverticoli o per lo meno una spiccata predisposizione di alcune parti delle viscere a tale affezione (1 caso personale).

NASSETTI F. (Pisa). — In base alla sua osservazione di 10 casi di cui 5 reperti casuali di autopsie e 5 operati in Clinica, ritiene assai frequente la origine congenita di tale affezione. Ne discute poi la sintomatologia, la diagnosi, la cura.

GARDINI U. (Bologna). — Ricorda tra i suoi casi di aver operato anni fa un calcolo diverticolare del peso di 400 g. E' d'avviso che molti diverticoli siano acquisiti ed esprime l'idea che vi si debba pensare quando nei prostatici e ristretti persistono, senza un'altra plausibile ragione, i disturbi cistitici e da ritenzione.

LILLA P. (Livorno). — Oltre i casi già osservati ne riferisce uno riguardante un bambino di 2 anni, in cui la causa della piuria ritenuta d'origine litiasica, fu trovata in una tasca diverticolare contenente un calcolo. Con incisione raggiata della tasca, di natura certamente congenita, si ottenne la guarigione.

TARDO G. V. (Palermo). — Ha osservato 4 casi di diverticoli in nessuno dei quali però esisteva come sintomo la minzione in due tempi, mentre che il liquido introdotto in vescica dopo il suo lavaggio si intorbidava rapidamente. Un fenomeno interessante e che deve, secondo l'O., indurre all'ipotesi di un diverticolo è lo spasmo che vescica e diverticolo presentano dopo il lavaggio ripetuto e che non permette più l'introduzione di quantità anche scarse di liquido.

* * *

Nella seduta pomeridiana del 29 ottobre 1924, nell'Aula Paletta il prof. BRUNI C. di Napoli, insieme al suo correlatore prof. S. COLOMBINO di Torino lessero le loro relazioni sul 2° tema all'ordine del giorno:

La elettrocoagulazione dei tumori vescicali.

Nell'applicazione del *metodo di Beer* (elettrocoagulazione, con correnti ad alta frequenza, di papillomi della vescica) introdotto nella pratica nel 1910, gli AA. italiani ebbero una importante parte e tutti, meno che il Lasio, non ebbero che lodarne l'utilità e la praticità, sopratutto per le forme di tumori papillamatosi benigni. Nelle f. maligne il metodo rimane per lo più inefficace, tutt'al più malgrado tale veduta sia contrastata da alcuni, lo si può applicare contro l'emorragia. Il procedimento è quanto mai semplice: occorre avere dimestichezza con i cistosopi da cateterismo. Basta dunque portare a contatto l'elettrode col tumore e provocarvi una vera coagulazione per elevazione di temperatura. Il tumore da roseo diviene bianco e viene eliminiato alla caduta dell'escara. Per un tumore di media grandezza bastano alcune sedute di 15 m', con una corrente di 200-400 MA. da ripetersi ogni 15 giorni. Le mancate guarigioni o il ricrescere del tumore tra un intervento e l'altro rappresentano una controindicazione e debbono generare il sospetto di una neoplasia maligna. Quando il tumore si presenta assai voluminoso o multiplo è meglio aggredirlo mediante l'epicistotomia e la distruzione a vescica aperta, sia pure con l'aiuto dell'elettrocoagulazione.

La sede non rappresenta mai una difficoltà insormontabile, ma richiede l'uso di strumenti speciali (cistouretroscopio di Mac Carthy e simili).

Tra le *complicazioni postoperatorie,* nessuno ricorda ad eccezione di un caso di Nicolich e di Heitz-Boyer, *l'emorragia* malgrado le migliaia di casi trattati.

La *lieve emorragia* che segue al distacco dell'escara non deve destare alcuna preoccupazione. E' facile evitare con i soliti metodi *l'infezione* uri-

mosa. Nessuno poi ricorda la *perforazione della vescica*.

Riguardo ai *risultati lontani*, si possono dire *eccellenti*, perchè se anche sono frequenti le recidive «a coté» in misura variabile dal 30 al 50 %, tuttavia l'osservazione ripetuta col cistoscopio permette di seguire questi malati e di guarirli definitivamente, senza sottoporli a interventi cruenti. Tale processo viene da qualche A. praticato anzi senza anestesia.

Il metodo quindi si è introdotto definitivamente nella pratica e ha superati tutti gli altri mezzi proposti: elettrolisi, chemioterapia, l'uso del galvano cauterio. Rimane ancora da discutere l'opportunità della sua applicazione nei *tumori maligni* nei quali Colombino avrebbe associato all'elettro coagulazione atta a frenare l'emorragia, il radium da introdursi in vescica per mezzo di un incisione soprapubica. I malati così trattati sopravvivono certo più a lungo degli altri, ma dei risultati lontani non si può ancora dire nulla.

HEITZ-BOYER (Parigi). — Si alza a difendere il suo metodo di «etincelage» il quale differisce da quello di Beer perchè invece di servirsi delle azioni dell'intensità, adopera quelle da tensione. Ora le prime esercitano degli effetti di ordine termico, sono potenti, penetranti in profondità, ma sono anche brutali, determinano la produzione di una escara a caduta relativamente rapida, espongono ad emorragie e provocano una cicatrice retrattile, mentre che le seconde producono degli effetti di ordine essenzialmente meccanico, meno potenti, ma più dolci, restando superficiali e limitati, con escare a caduta in 4-6 settimane, seguite da cicatrice non retrattile. Quindi i due metodi debbono venire combinati, in modo da distruggere rapidamente la parte più superficiale con il metodo di Beer, e il peduncolo con quello di H.-B. sopratutto tenendo presente che possedendo questo ultimo un'azione elettiva destruente, sulle cellule neoplastiche, si evita con maggiore facilità la recidiva, come dimostrano i numerosi casi trattati con questo metodo.

Nelle discussioni sul tema parteciparono varii OO.

DE GIRONCOLI F. (Venezia). — Attrae l'attenzione dei pericoli dell'impiego dell'acido tricloroacetico nel trattamento dei neoplasmi maligni della vescica. (Morte per setticemia in 4 giornata).

PERRUCCI A. (Bologna). — Espone le conclusioni delle proprie operazioni, dichiarandosi favorevole all'impiego dell'apparecchio di Heitz-Boyer.

Interessante il caso di un malato con papilloma in corrispondenza di uno sbocco ureterale, causa di violenti coliche nefritiche, scomparse dopo la rimozione del tumore.

NEGRO M. (Parigi). — Preferisce alle sedute ripetute senza anestesia quella unica sotto anestesia, col vantaggio della maggior rapidità, del minor pericolo di una trasformazione di un neoplasma benigno in uno maligno, e del minor numero di recidive. (Al servizio Civiale 13 recidive su 104 polipi vescicali).

CARRARO N. (Milano). — Ha notato un fenomeno interessante. In una malata affetta da papillomatosi diffusa vescicale, bastò la elettrocoagulazione di una zona limitata perchè anche zone a distanza ne risentissero l'effetto distruttivo.

BRUNI e COLOMBINO. — Rispondendo a tutti coloro che hanno partecipato alle discussioni pur riconoscendo ottimo il metodo di H. Boyer, non ritengono opportuno modificare la loro tecnica (alla Beer), dal momento che i risultati così ottenuti sono più che soddisfacenti.

***

La seduta viene sospesa per brevi istanti, per discutere ed approvare il bilancio, per l'elezione di ben 42 nuovi soci, e per la elezione a Soci Onorari dei signori prof. Ambard (Strasburgo), di Beer (N. York), di Young (Baltimora) e di H. Boyer (Parigi). Si rinnovano anche le cariche del Comitato permanente che vengono così distribuite: Presidente prof. L. Ferria; 1° vice-presidente prof. O. Margarucci, 2° v. p. prof. U. Gardini; consiglieri Sigurtà e G. V. Tardo; cassiere prof. A. L. Bonanome; segretario dr. E. Mingazzini. Come città per il prossimo congresso viene eletta Roma, e quale tema di relazione viene scelto: Pielonefriti non calcolose (escluse le tubercolari).

***

Proseguono le comunicazioni sui vari argomenti:

DE GIRONCOLI. — Presenta un caso di *calcolo traumatico renale* in cui la patogenesi fu accertata con la presenza di un nucleo organico.

CUTURI F. (Catania). — Propone per *la cura dell'anuria calcolosa* l'istillazione endovescicale di 150 gr. di una sol. di glicerina al 50 %, fondandosi sul fatto delle violente contrazioni che la glicerina è capace di provocare sia in vescica che, per simpatia, negli ureteri. Il metodo si è dimostrato assai utile in 2 casi personali.

NEGRO M. (Parigi). — Presenta 4 casi di *uretere cosidetto forzato*, corrispondente al rene superstite alla nefrectomia per tbc. dell'adelfo e verificatisi certamente parecchio tempo dopo l'asportazione del rene malato. Questo reflusso ureterale è dovuto, sec. l'A., alla persistenza dei fenomeni cistitici, per un fattore anatomo-patologico (diminuzione della resistenza e dell'elasticità del segmento intramurale dell'uretere) e per uno meccanico (intensità e frequenza delle contrazioni del muscolo vescicale consecutive all'estrema irritabilità della mucosa della vescica tubercolare). In questo modo tutto l'albero urinario viene sottoposto ad una progressiva dilatazione e consecutiva infezione secondaria non forzatamente tubercolare.

L'unica cura razionale consiste in una uretero o nefrostomia con esclusione della vescica. Importante e sempre da eseguirsi è la cistografia come mezzo diagnostico.

ALESSANDRI R. (Roma). — Presenta l'interessantissima radiografia di *un calcolo renale*, che per le sue opacità e sopratutto per la sua forma simulava l'imagine di una pielografia, tolto felicemente mediante una pielotomia allargata.

SCALONE (Siracusa). — Mostra un *enorme calcolo renale*, da considerarsi come un «curiosum naturae».

JURA V. (Roma). — Riferisce i suoi risultati circa la *reazione dell'alizarina nelle urine tubercolari*, e nelle quali si ottiene, nei casi positivi, una colorazione caratteristica porpora-smeraldo.

DE GIRONCOLI. — Ricorda la colorazione di Betmann, con la quale si mette in evidenza la batteriuria non tubercolare.

RAIMOLDI G. (Roma). — Descrive due osservazioni di *perinefrite e pericistite*, simulante un neoplasma maligno, dovuto, sec. l'O., all'azione di germi attenuati, i quali senza provocare la suppurazione, hanno dato luogo allo sviluppo all'esuberante strato connettivale.

Nella discussione CIMINO T. (Palermo) ricorda parecchi casi osservati nella sua pratica di pericistite, limitate alla parete anteriore o laterale, ed in cui i sintomi di flogosi subacuta indussero chirurghi ad interventi sproporzionati, laddove il trattamento comune antiflogistico sarebbe stato più che sufficiente per assicurare la guarigione.

RAIMOLDI. — Descrive tre casi personali di *nefralgia ematurica*, nei quali il rene doloroso ed emorragico dimostrò una funzione deficiente. Come cura fu praticata la nefrectomia, uno scapsulamento, una piccola biopsia. I primi due malati sono guariti, il terzo è di data ancora recente. L'esame istologico dimostrò trattarsi sempre di nefriti croniche parcellari più o meno gravi e diffuse. Nell'anamnesi di questi pazienti in età giovane dai 35 ai 40 anni si poteva escludere la lue, la tubercolosi, la calcolosi renale.

Nella discussione ANZILOTTI (Livorno) ricordò di avere osservati vari casi del genere, in cui si escludeva la tubercolosi; praticò la nefrotomia e lo scapsulamento con ottimo risultato, riservando la nefrectomia ad un solo caso ribelle. In piccole biopsie si dimostrò trattarsi di glomerulite, con aumento del connettivo interstiziale con sporadiche alterazioni delle cellule dei tubuli. CROSTI C. (Milano). — Ritiene che lo scapsulamento associato alla nefropessia in alcune forme di rene mobile doloroso possa esser veramente di utilità pratica. NICOLICH junior (Trieste). — Ha operato 4 casi di nefrite dolorosa e 24 di nefrite emorragica in cui si trattava di lesioni infiammatorie di solito uni, talora bilaterali.

Gli interventi consistettero in 10 nefrectomie, 11 scapsulamenti, 7 nefretomie con risultati ottimi, se pur qualche volta seguiti da recidive; i dolori scomparvero sempre subito dopo l'intervento. CIMINO domanda se nei casi del Raimoldi si era potuto escludere la lue e la tubercolosi.

RAIMOLDI. — Risponde che la entità morbosa fu potuta stabilire clinicamente e per mezzo delle solite ricerche.

ALESIO C. (Torino). — Riferisce i risultati delle sue ricerche sulla *tensione carbonica alveolare*, riferentisi a 22 malati di affezioni chirurgiche delle vie urinarie, concludendo per il vasto significato dell'acidosi come un'alterazione di ordine biochimico dell'organismo, importante sopratutto per i rapporti con varie forme di intossicazione.

MELENOTTE M. (Torino). — A proposito di un caso di *ematuria renale alternata bilaterale*, seguita a lungo afferma che tale affezione debba venire considerata, più come di indole medica che chirurgica e che quindi come tale vada trattata. Si dovrebbe riservare lo scapsulamento o la enervazione ai casi ribelli alle cure medicamentose.

* * *

Seduta del 30 ottobre 1924

ore 9 Aula Paletta dell'Ospedale Maggiore.

LILLA P. (Livorno). — Avendo avuto occasione di osservare anatomo-patologicamente un rene estirpato per *emorragia secondaria a nefrotomia*, ritiene che non sia l'infarto la causa dell'emorragia, bensì un processo infettivo impiantatosi su lesioni sclerostiche vasali preesistenti, e conclude quindi per la necessità di una esatta valutazione della sepsi e del valore funzionale dell'organo.

TADO. — A tale proposito si associa al modo di vedere dell'O. tenuto conto dei risultati delle sue ricerche sperimentali.

ROSSI F. (Aquila). — Riporta per esteso i dati di un raro caso *di tumore pararenale* operato per via transperitoneale.

BLOCH (Padova). — Dissente da tale modo di operare e ritiene più opportuno servirsi della via lombare extraperitoneale.

MINGAZZINI E. (Roma). — Ha eseguito alcune serie di esperienze per lo *studio dei rapporti tra sistema nervoso e funzione renale*, ed ha visto che la puntura del centro salino provoca un *disturbo della soglia di eliminazione dell'acqua*.

Difatti prima dell'intervento gli animali da esperimento (conigli) erano perfettamente in grado di eliminare l'acqua ingerita con un tipica curva della poliuria sperimentale, dopo la puntura se ne mostrano incapaci (curva piatta). Quindi il disturbo si rivela solo ad una prova funzionale, atta a dimostrare i valori delle soglie di eliminazione.

LILLA. — Ritiene interessanti le ricerche del Mingazzini conforme l'importanza del S. nervoso sulla soglia di eliminazione e ricorda alcuni suoi esperimenti nei quali la glicosuria da puntura del 4° ventricolo veniva arrestata mediante iniezioni di sostanze del gruppo ureico.

DOGLIOTTI (Torino). — Ricorda che la poliuria si può verificare dopo lesione di numerose zone nervose e tende a negare l'esistenza di un centro poliurico.

MINGAZZINI. — Risponde come oggi tutto tende a dimostrare l'influenza indiretta del sistema nervoso sulla funzione urinaria e sostiene che quando i rapporti tra cause ed effetto, come nelle sue esperienze, sono rigorosamente, logiche e costanti, non sia lecito, senz'altro, metterne in dubbio l'esistenza.

MATTIOLI M. (Bologna). — Presenta le pielografie di un interessantissimo caso di *pionefrosi multipla di origine traumatica*.

NICOLICH senior (Trieste). — Attrae l'attenzione su un caso di *nefrolitiasi bilaterale*, in cui si ottenne un buon risultato operatorio ad onta dell'età avanzata del paziente, del volume dei calcoli, della cattiva prova della fenolsulfonftaleina, e della cattiva costante ureo-secretoria.

NICOLICH G. junior. — In un individuo con *idronefrosi ematurica bilaterale* praticò dapprima una nefrectomia da un lato e lo scapsulamento poi dell'altro. Guarigione datante da 8 mesi.

RAVASINI C. (Trieste). — Presenta un interessante pezzo anatomo-patologico di una *pionefrosi calcolosa di un rene in ectopia pelvica crociata.*

CATTANEO C. (Milano). — Ha avuto occasione di veder casi simili.

TARDO. — A proposito dei *perturbamenti funzionali del rene opposto a quello malato in alcune gravi affezioni unilaterali: dell'influenza della nefrectomia e buoni risultati dell'intervento malgrado gli indici funzionali sfavorevoli,* mette in guardia contro l'inesattezza di alcuni risultati dell'esame funzionale, i quali avrebbero indotto ad una condotta astensionistica, laddove l'intervento demolitore condusse il malato a guarigione. Il sospetto di tali perturbamenti dovuti all'influenza del rene malato su quello sano deve essere sospettato quando l'azotemia è normale e le eliminazioni provocate sono buone.

Nella discussione ANZILLOTTI, ricorda alcune sue ricerche, nelle quali i perturbamenti del rene opposto a quello malato potevano essere ricondotti a due ordini di idee, all'accumulo di funzione nel rene sano e al passaggio di sostanze tossiche infettive: quindi in tali casi è sovratutto utile studiare l'intervento. RAIMOLDI, insiste sull'utilità dell'azotemia e della concentrazione ureica, dell'incostanza dei risultati delle altre prove funzionali.

TARDO. — Rispondendo agli OO. aggiunge che la ftaleina merita ancora grande fiducia.

BLOCH G. (Padova). — Riferisce di un caso operato di *fistola lombare urinosa consecutiva a nefrectomia persistente da 7 anni* e dovuta ad una insufficienza dell'ostio ureterale, di origine verosimilmente congenita, tanto più che questo fenomeno si dimostrava bilaterale.

CARRARO N. — Riferisce, a proposito della *guarigione per primam della nefrectomia per tubercolosi,* i risultati delle sue osservazioni concludendo come tale metodo sia assolutamente da abbandonarsi, poichè anche con esito immediato ottimo, i malati si ripresentano al chirurgo con la presenza di vasti ascessi freddi. Tale incidente va imputato alla infiltrazione specifica del grasso perirenale.

CASSUTO A. (Roma). — Si associa alle vedute dell'O.

CATTANEO C. (Milano). — Espone ventidue casi dimostrativi a sostegno della *chirurgia conservativa nella calcolosi ureterale pelvica,* sostenendo l'opportunità di tener conto: 1) del volume e del numero dei calcoli, 2) delle complicazioni idrauliche e settiche che il calcolo determina, 3) che nei tentativi di rimozione incruente (mediante manovre endovescicali, cateterismo ureterale, e iniezione di olio e glicerina sterile), bisogna anche tener conto del diametro del calcolo (non deve superare i 5-6 mm.) e ripeterli solo quando non vi sia il dubbio che possano essersi scavata una nicchia. In tutti gli altri casi è indicata la ureterolitotomia, riservando naturalmente la nefrectomia ai casi di pionefrosi conclamata.

TARDO. — Ritiene indispensabile un esatto esame funzionale atto a stabilire la condizione del rene, di cui bisogna gelosamente conservare la esistenza sia pure con funzione meno che modesta.

PASCALE G. (Napoli). — In base alla sua statistica personale ritiene che la chiusura per prima delle ferite negli interventi per calcolosi ureterale, associate ad un breve drenaggio di 24-48 ore rimanga la tecnica da seguire, riservando un drenaggio più lungo nei casi manifestamente infetti, e la nefrectomia nelle lesioni gravi renali, in cui la calcolosi ureterale rappresenta un'epifenomeno.

PISANI L. (Milano). — Presenta 3 interessanti casi personali di *megauretere,* concludendo come: 1° tale affezione debba rappresentare un'entità morbosa a sè; 2° anzi in molti casi una malformazione congenita; 3° Non è accettabile ancora una teoria neuroparalitica; 4° La lesione essenziale consiste in un'atrofia di tutte le tuniche muscolari; 5° I sintomi clinici, consistono in dolore, piuria, pollachiuria, e diminuzione riflessa della capacità vescicale, disturbi sempre legati a complicazioni secondarie; 6° La prognosi è grave, la diagnosi si basa sulle prove radiografiche; 7° L'intervento necessario è la nefroureterectomia, dati i poteri quasi nulli di riparazione dell'uretere.

MELANOTTE M. (Torino). — Ha praticato una nefrectomia per una pionefrosi legata ad un raro caso di *ureterite cistica.*

NICOLICH sen. — Richiama l'attenzione sulle *ombre radiografiche di supposti calcoli dell'uretere,* i quali possono indurre in errori diagnostici e curativi. Oggi se ne può stabilire l'esistenza servendosi di un catetere opaco e di una lastra sulla quale si eseguiscono due pose con incidenza di raggi differente. Solo se il rapporto tra catetere e quindi uretere con il calcolo sono costanti, si può esser sicuri della diagnosi. Ciò rappresenta un elemento indispensabile, nei casi in cui i sintomi fanno pensare ad un'affezione uretero-renale.

CARRARO. — Riferendosi ad una sua precedente pubblicazione, richiama l'attenzione sull'opportunità di moltiplicare gli esami di fronte alla constatazione di supposte ombre radiografiche di calcoli ureterali, onde evitare gli errori possibili, ma pur sempre penosi.

BORETTI C. (Milano). — Espone due osservazioni personali di *malformazioni congenite del collo vescicale con disturbi disurici conseguenti,* osservati in giovani pazienti. Tutto il quadro clinico induceva alla supposizione di una lesione congenita (barra interureterica e barra prostatica) e — cosa importante — i pazienti poterono esser guariti con la resezione delle barre a vescica aperta, unico intervento logico e costantemente da seguirsi.

WIGET. — Proietta alcune interessantissime *cisto radiografie, di varie affezioni chirurgiche vescicali* (diverticoli, tumori benigni e maligni) dimostrando l'utilità pratica di tale ricerca.

ASCOLI M. — Ricorda come tale ricerca possa esser agevolata con la insufflazione con O dello spazio del Retzius. La manovra è semplice, indolore; i risultati ottimi.

NEGRO M. e BLANC H. (Parigi), riferiscono i risultati di uno studio riguardante il *valore della cistografia nelle diagnosi dei tumori vescicali* concludendo come esistono delle caratteristiche pro-

prie a carico delle neoplasie benigne (buona capacità vescicale, contorno della vescica netta e regolare, imagine lacunare non omogenea con margini più o meno sfrangiati e sfumati) e delle maligne, in cui la capacità vescicale è ridotta, il contorno della vescica è irregolare ma netto, e l'imagine lacunare rimane più omogenea, più intensa e meglio delimitata.

ID. — Presentano ancora due casi di *fistole vescico-intestinale associate a pneumaturia*, in cui malgrado l'assenza dei sintomi clinici, era presente una perforazione da tumore tra vescica e colon.

VOLANTE C. (Torino). — Riferisce di un caso di *rottura intraperitoneale traumatica della vescica, e susseguente sviluppo in essa di tumore maligno* probabilmente dovuto all'irritazione traumatica.

RAVASINI C. (Trieste). — Ha osservato una *rigenerazione della vescica dopo la estirpazione quasi totale di essa per tumore*. Dopo 50 giorni dalla vasta demolizione, malgrado l'uretero-cistoneostomia, il risultato funzionale persiste ottimo.

CARRARO N. (Milano). — Ritiene che nelle *calcolosi vescicali recidivanti* il meccanismo fisiologico della minzione sia alterato e che spesso tale disturbo sia localizzato nel collo della vescica, per lesioni organiche.

CIMINO T. (Palermo). — Presenta un *raro calcolo autoctono prostatico* operato per via soprapubica, via da prendersi, in simili casi, sempre in grande considerazione.

Lo stesso O. riferisce ancora un raro caso di *sifilide prostatica* (il caso sarebbe il 14° della letteratura) e in cui la cura neosalvarsanica condusse a guarigione del paziente.

JANNI R. (Napoli). — Porta un contributo personale, alla *colpocleisi nelle larghe fistole vescico-vaginali attigue ad ambo gli orifizi ureterali*, avendo avuto occasione di praticare con successo tale intervento.

WIGET G. (Milano). — Riferisce, in una nota preventiva, di 10 casi nei quali ha sperimentato con 8 successi ottimi, il *valore emostatico del cloruro di calcio per via endovenosa, come preparazione alla prostatectomia*, seguendo la tecnica di Legueu, Garcin, Decourt.

ANZILOTTI G. (Livorno). — Vorrebbe sostituire al drenaggio soprapubico, come primo tempo della prostatectomia, l'uso della siringa a permanenza, poichè l'esame funzionale e la ricerca dei valori il drenaggio vescicale, basta a garantire e a provocare un miglioramento notevolissimo della funzione renale.

LILLA. — Ha studiato i *reperti uretroscopici nelle varie forme di impotenza sessuale*, dividendoli in varii gruppi, nel primo dei quali (coitus ante portam) esistevano formazioni polipoidi, ipertrofia del veru, e del collicolo seminale, in un secondo gruppo (coito ritardato) esistevano lesioni ulcerative, specie degli sbocchi ejaculatorii. Raramente non si trova nulla che giustifichi il disturbo. Nella metà dei casi circa si trova nell'anamnesi la blenorragia, nel 17 % dei casi delle abitudini masturbatorie e nel 4.5 % dei casi, lesioni tubercolari prostato-testicolari. Nel rimanente 35 % nessun fatto anamnestico o etiologico.

VERARDI M. (Napoli). — Propone *l'uso dell'uretro cistoscopio di Mac-Carthy come mezzo di diagnosi e cura nelle affezioni del retto*, avendo avuto occasione di adoperarlo con ottimi risultati.

CHIAUDANO C. (Torino). — A proposito della *funzione epatica negli ammalati dell'apparato urinario*, in base a ricerche su numerosi pazienti, viene alla conclusione che la prova della glicosuria florizzinica (metodo della scuola di Teissier) sia il mezzo ottimo per saggiare funzionalmente i due organi. L'anaglicosuria è sempre indice di pronostico grave.

Lo stesso O. riferisce di un caso di *chiluria nostrana* dovuta ad una fistola uretero-linfatica, guarita con l'istillazione locale di nitrato d'argento al 2 % e di un *enorme polipo mucoso della vescica*, su cui la radioterapia era rimasta senza alcun effetto.

DOGLIOTTI A. M. (Torino). — Riferisce sui risultati delle sue *ricerche sperimentali sulla innervazione del rene*, secondo le quali verrebbe dimostrata l'esistenza di due sistemi antagonisti, vasodilatatore l'uno decorrente lungo i nervi renali, vasocostrittore l'altro, affidato al plesso avventiziale dell'arteria renale.

Lo stesso O. ha studiato la *diversa influenza della decorticazione dell'arteria renale e della enervazione renale sulla sua funzione escretoria* e vorrebbe scissa l'enervazione alla Papin in due operazioni, riservando soltanto la resezione dei n. renali alla cura delle nefralgie pure e delle ematurie essenziali. La decorticazione dell'arteria renale, aumenta seppure transitoriamente il regime circolatorio e quindi la funzione dell'organo.

BLOCH G. (Padova). — Non si nasconde la difficoltà di un'effettuazione pratica di una distinzione così sottile degli elementi nervosi.

CHIAUDANO. — Ritiene a tale proposito che alcune ematurie, cosidette essenziali, possano esser di origine vasomotoria. Infatti nei reni degli animali da esperimento in cui erano state decorticate le arterie renali, senza interessare i filetti nervosi, si notava una vasodilatazione spiccata. D'altra parte si può ammettere che nelle zone limitrofe alla vasocostrizione di un'origine qualsiasi, si possa stabilire qualche cosa di simile a quello che avviene nella zona circostante un infarto renale: questo modo di vedere spiegherebbe l'ematuria che si verificò, ad es., in un caso in cui durante una decorticazione per una nefralgia ribelle, tutto il rene si impallidì, meno che in una piccola zona. Ciò forse perchè un ramuscolo rimase risparmiato. Ebbene, la malata ebbe ematuria breve e transitoria.

DOGLIOTTI. — Rispondendo al Bloch afferma, che, pur essendo difficoltosa, la distinzione dei vari elementi nervosi riesce.

PIERI G. (Belluno). — Descrive un *suo processo operatorio per la cura del rene mobile* mediante il quale senza ledere il parenchima, e servendosi di un'ansa di capsula, si fissa il rene alla XII costa. In 4 malate così trattate si ebbero risultati immediati e lontani soddisfacenti.

CARRARO. — Augurandosi che i risultati si mantengano quali li ha descritti l'O., ritiene che la

efficacia dei metodi di Albarran e Marion si debba alle aderenze che contrae il rene dopo il suo scapsulamento.

PASCALE G. (Napoli). — Ricorda un suo processo di nefropessia da tanti anni e con tanto successo seguito nella Clinica chirurgica da lui diretta.

SACCHI M. (Parigi). — Riferisce su un *raro caso di idronefrosi da calcolo ureterale pelvico*, rimasto indiagnosticato per 20 anni e operato felicemente con la nefrectomia.

C. COLOMBINO e PERUSSIA (Torino). — Mostrano una interessantissima serie di *cistoradiografie in gravidanza*, nelle sue varie epoche, in casi di tumori uterini ed ovarici, descrivendone di ognuno le particolarità caratteristiche.

BETTONI I. (Milano). — Comunica i *risultati della radioterapia e le conseguenti modificazioni istopatologiche nel cancro prostatico e vescicale*. Di 14 malati così trattati, 9 morirono entro 6 mesi dall'inizio della cura, altri 3 vivono in cattive condizioni, degli altri 2 non si possono ancora dare notizie certe. Dall'esame istologico dei pezzi già trattati col radium si constatò come: 1° colle dosi massime di radium la zona di necrosi completa si estende per pochi mm. al di là del punto centrale di irradiazione; 2° che accanto ai focolai neoplastici distrutti si ritrovano focolai epiteliali intatti; 3° che quando l'azione del radium cessa dall'esser distruttoria, esplica sugli elementi epiteliali una azione eccito-proliferativa; 4° che tale azione è meno energica sull'elemento connettivale di stroma che di quello epiteliale.

FASIANI E. (Torino). — Presenta una serie interessantissima di uretrografie nel normale e nelle varie affezioni dell'uretra (restringimenti traumatici e postblenorragici, ecc.).

SACCHI. — Riporta i risultati davvero soddisfacenti (guarigione in 20-25 giorni) nella cura della blenorragia, ottenuti con *un nuovo vaccino* antigonoccico. (Vaccino del prof. Thomson di Londra).

E. MINGAZZINI.

XV Congresso della Società Italiana di Ortopedia.

(Milano, 24-25 ottobre 1924).

Questo Congresso si è svolto negli splendidi locali del Pio Istituto dei rachitici, sotto la presidenza del prof. Galeazzi.

Nella seduta inaugurale il presidente dell'Istituto rachitici, avv. V. ALBERTARIO, porge il ben venuto ai congressisti e fa la storia dell'istituto, del quale quest'anno si festeggia il primo cinquantenario, mettendo in evidenza le grandi benemerenze di Gaetano Pini e di Pietro Panzeri. Il prof. BERTAZZOLI, assessore d'igiene e rappresentante del Sindaco, si associa con belle parole e dà il saluto augurale a nome della città di Milano. Infine il prof. GALEAZZI, con uno smagliante discorso, ringrazia tutti gli intervenuti e saluta in modo speciale gli illustri colleghi esteri, prof. Ombrédanne e Schulters, ringraziandoli per il loro gradito intervento. Fa la storia della Società Italiana di Ortopedia e commemora alcuni illustri ortopedici italiani ed esteri venuti a mancare durante l'anno, dicendo specialmente tutto il suo cordoglio per l'immatura morte del Broca. Termina inneggiando al progresso dell'ortopedia ed alla grandezza della Patria.

Il prof. SCARLINI illustra la sua bella e dotta relazione sul *trattamento delle scoliosi*.

Anzitutto rievoca quei cenni sulla etiologia, sulla patogenesi e sulla clinica della deformità, che sono atti a far meglio comprendere i criteri da lui seguiti nell'indagine sulla terapia. Suddivide etiologicamente le scoliosi in congenite ed acquisite; classifica queste ultime secondo un recente schema di Schanz, nel quale le deformità da carico della colonna vertebrale sono spiegate con un prevalere delle esigenze statiche della colonna vertebrale sulla sua capacità di resistenza o per un aumento delle esigenze statiche su una colonna normale o su una diminuzione della capacità di resistenza della colonna.

Ricorda il concetto di Schanz, che nelle scoliosi dobbiamo tener conto di due fatti, del processo deformante e della deformità. Perciò nella sua evoluzione dobbiamo distinguere tre stadi: il primo in cui c'è soltanto il processo deformante, il secondo in cui si è aggiunta la vera deformità ed infine il terzo nel quale cessa il processo deformante e rimane la sola deformità. Passando a parlare della profilassi delle scoliosi, dice che essenzialmente deve proporsi questo compito: lotta contro il rachitismo in tutte le sue manifestazioni, rinvigorimento dello stato generale e della muscolatura del tronco, educazione ad un'attitudine corretta di quest'ultimo, correzione di inclinazione del bacino, scarico, almeno parziale e temporaneo, della colonna vertebrale.

Trattando poi della terapia propriamente detta delle scoliosi, distingue due indirizzi principali: quello del trattamento incruento od ortopedico e quello del trattamento cruento chirurgico. Dice che il trattamento ortopedico deve mirare ad una ipercorrezione passiva di tutti gli elementi della deformità, cui deve coincidere o seguire una ipercorrezione attiva, indispensabile per mantenere il risultato ottenuto passivamente. I mezzi adatti per raggiungere questo scopo sono: il massaggio, la ginnastica ortopedica, il raddrizzamento ed i corsetti gessati, ma veramente soltanto il raddrizzamento può aver ragione su una deformità già stabilitasi. Fatta la storia dei primi tentativi in questo senso di Sayre, Calot, Wallstein, Schanz viene a parlare del metodo di Abbott, discutendo specialmente sul punto fondamentale di esso, cioè della posizione in cifosi del tronco.

Ricorda poi quei metodi che, pur avendo qualche somiglianza col metodo di Abbott, hanno modificato più o meno sostanzialmente la sua tecnica. Il più importante è quello di Galeazzi e di questo illustra i principii informativi, la tecnica ed i risultati conseguiti. Dice che è necessario al raddrizzamento far precedere un periodo di conveniente preparazione, seguita da immobilizzazione prolungata in ipercorrezione o nella massima correzione possibile e da un altro periodo di restaurazione funzionale.

Quanto al trattamento chirurgico, consistente in interventi sulle parti molli (tendini e muscoli), sulla colonna vertebrale o sulla cute, dice che nelle scoliosi paralitiche ed in alcune forme speciali di scoliosi congenite appaiono indicate le operazioni ortoplastiche di Albee e di Hibbs, dirette a fissare i segmenti deviati, riportati, a mezzo di un trattamento ortopedico preliminare, ad un'attitudine la più corretta possibile.

Seguono le comunicazioni di argomenti attinenti al tema di relazione.

COMISSO (Trieste). — *Sul raddrizzamento forzato della scoliosi.* — L'O. si dichiara fautore convinto del raddrizzamento forzato mediante corsetti gessati. Preoccupato dei danni che può portare la posizione cifotica prolungata sugli organi del torace, egli costruisce i busti in posizione eretta. Descrive la tecnica dell'applicazione del busto. Presenta radiografie e fotografie di pazienti.

MARAGLIANO (Genova). — *Considerazioni sul trattamento della scoliosi.* — L'O. ha applicato dal 1912 il metodo di Abbott in 62 casi di scoliosi. Resultati soddisfacenti nell'80 % dei casi. Il miglioramento della deformità toracica fu sempre notevole e si mantenne, una correzione vera dell'inflessione del rachide si osservò solo in 5 casi. Richiama l'attenzione sui risultati lusinghieri che si possono ottenere nelle scoliosi non ancora totalmente fissate, nei bambini col procedimento dell'autoraddrizzamento attivo mediante l'applicazione di un bendaggio gessato che fissi la coscia in modica abduzione e lievissima flessione del bacino e la colonna vertebrale fino all'altezza della inflessione dorsale.

BARGELLINI (Torino). — *Cura della scoliosi rachitica inveterata.* — Porta un contributo personale al trattamento delle scoliosi inveterate e gravi descrivendo la semplice tecnica di cui l'O. si serve per applicare un bendaggio gessato in decubito laterale in attitudine di correzione della curva scoliotica.

LAVERMICOCCA (Milano). — *Documentazione plastica della scoliosi.* — Ricordati i metodi d'esame da lui precedentemente proposti per la documentazione della scoliosi fa ora conoscere i dettagli di una nuova tecnica per ottenere con precisione e rapidità la riproduzione plastica delle deformità scoliotiche messe nella maggiore evidenza tenendo i soggetti in posizione di flessione anteriore del tronco.

GALEAZZI (Milano). — *Tecnica e risultati del raddrizzamento forzato della scoliosi con metodo personale.* — Dà ragione del metodo da lui seguìto da oltre un decennio nel raddrizzamento forzato della scoliosi con concetti personali e servendosi dell'apparecchio da lui ideato, il quale consente la deflessione e la derotazione dei segmenti deviati con una precisione perfetta e quale nessuno dei metodi sin qui proposti certamente permetteva. Spiegata in dettaglio la tecnica da lui seguita, esposte le basi teoriche che lo hanno indotto ad essa, e dimostrate tutte le ampie possibilità che consente, passa ad esporre i risultati conseguiti in numerosi casi di scoliosi trattati secondo queste direttive arrivando alla conclusione che questi resultati confortano la speranza di essere finalmente sulla buona strada nella terapia di questa deformità tanto diffusa e tanto ribelle. Le correzioni infatti, conseguite anche in casi gravissimi, sono la prova più sicura che quando si riuscirà ad iniziare il trattamento così precocemente come si dovrebbe, non vi è da dubitare che la guarigione potrà essere raggiunta. Documenta infine le sue affermazioni con la presentazione al Congresso di numerosi malati dopo il trattamento suesposto dimostrando insieme con fotografie, calchi in gesso e radiografie prese avanti e dopo la cura, i vantaggi veramente notevoli sempre raggiunti.

PALAGI (Firenze). — *Sul trattamento della scoliosi col metodo Galeazzi.* — Sulla base della limitata e recente esperienza acquistata nel trattamento di 14 casi di scoliosi tutti ancora in cura da un periodo di tempo variabile da 4 a 9 mesi si limita ad esporre brevemente le proprie osservazioni sopra i reali vantaggi che il metodo Galeazzi presenta sugli altri dal punto di vista della applicazione correttiva, nonchè sui limiti e indicazioni del metodo stesso e su alcuni dettagli di tecnica del trattamento.

Fra le numerose ed importanti *comunicazioni su vari argomenti* seguìte alla trattazione del tema ufficiale del Congresso, accenneremo brevemente ad alcune, dolenti di dover ometterne tante altre, ugualmente interessanti e degne di ampio rilievo.

Il prof. OMBRÉDANNE riferisce sulla *sutura metallica temporanea nelle fratture dei bambini*, mediante uno speciale strumento fissatore esterno che raggiunge un'ottima stabilità primitiva e può essere allontanato con grande facilità.

Il prof. ALESSANDRI comunica un caso di *sarcoma osteoide dell'estremo superiore della tibia*, trattato colla resezione e col trapianto peduncolato del perone: l'interesse del caso è dato dal fatto che si è avuta la riproduzione del tumore nel trapianto.

Il prof. PUTTI riferisce ampiamente sulla *neurodochite lombare* ed espone su questo importante argomento le ricerche e le vedute personali, parlando della patologia del forame di coniugazione delle vertebre lombari, in relazione a malformazioni congenite od acquisite.

Il prof. BASSETTA descrive i nuovi grandi Istituti Elioterapico chirurgico e profilattico di Pietra Ligure. Creati dall'opera pia di S. Corona di Milano per deliberazione dell'attuale amministrazione presieduta dal prof. Della Vedova, gli Istituti sono distribuiti in trenta ville e in un grandioso edificio centrale situati in una bellissima conca posta fra Pietra Ligure e Loano. In essi è ospitata la più numerosa colonia marina d'Italia e sono spedalizzati più di trecento malati. Il movimento da maggio a settembre è stato costituito da 7600 ospiti con 176,000 giornate di presenza. L'elioterapia delle più varie forme di tubercolosi ghiandolare ed ossea vi è attuata con tutti gli accessori chirurgici, medici, fisici e ortopedici, atti ad assicurare, oltre alla guarigione della malattia, il rinnovamento di tutte le funzioni organiche e quindi la riabilitazione dei soggetti ad una vita di lavoro efficiente. La comunicazione è stata illustrata da numerose proiezioni.

Il prof. CRAINZ comunica un caso di *cifo-scoliosi neoplastica*, dovuto ad un sarcoma osteoide impiantato sulla lamina destra della VI vertebra cervicale. Il caso è interessante per la sua rarità e perchè permette di studiare la patogenesi di questa deformità.

Il prof. VACCHELLI descrive l'Istituto Elioterapico Codorillo, a oltre 100 metri sul mare, eretto a Cortina d'Ampezzo dal Comune e dalla Provincia di Bologna in unione all'Istituto Rizzoli. Il disserente comunica una gran quantità di dati, di alto interesse tecnico e clinico, dai quali emerge che nessun disturbo deriva ai pazienti dall'esposizione al sole anche nei giorni più rigidi, nei mesi di gennaio, febbraio e marzo: quando il termometro segna all'ombra 5-6° C sotto zero, e al sole 8-9 sopra zero, i pazienti tollerano perfettamente persino due ore consecutive di esposizione. Nei mesi invernali, l'esposizione massima fu di tre ore quotidiane, in quelli estivi di cinque: al di là di questi limiti compaiono spesso fatti di intolleranza.

Si procede quindi alla seduta amministrativa, approvando il resoconto finanziario presentato dal segretario-cassiere dott. Urbani ed approvando, dopo rapida discussione, il nuovo Statuto ed il nuovo Regolamento della Società, elaborati dalla apposita Commissione di studio nominata dal Congresso del 1922.

S. V. C.

XXI Congresso della Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia.

(Napoli 27-28-29 ottobre 1924).

La seduta inaugurale ebbe luogo il 27 ottobre 1924.

Dichiarato aperto il Congresso dal presidente prof. Masini s'iniziano le comunicazioni sul tema all'ordine del giorno: *La contagiosità dell'Ozena*, relatori i proff. Perez e Bilancioni.

Il prof. GRADENIGO si dichiara contrario alla teoria della contagiosità, sostiene la teoria della familiarità, ritenendo l'ozena trasmissibile come carattere ereditario a tipo recessivo. Porta numerosi alberi genealogici di famiglie nelle quali la malattia si è manifestata in varie generazioni. L'O. non crede si possa allo stato attuale delle nostre conoscenze ammettere un germe patogeno determinato. L'individuo ozenatoso nasce con una diminuita resistenza della mucosa nasale verso i germi dell'ambiente. La flora batterica abbastanza costante che si riscontra nell'ozena è dovuta alle particolari condizioni delle cavità nasali, sopratutto alla temperatura di queste cavità (30-33°) e alle qualità della secrezione muco-purulenta. A prescindere dal nuovo germe scoperto da Tassi e Masso (le ricerche in proposito non sono ancora complete), l'O. ritiene che nessuno dei germi finora conosciuti (Löwemberg-Abel; Belfanti; Perez, ecc.) sia dimostrato con sicurezza come determinante la malattia.

TASSI e NASSO. — *Ricerche sull'etiologia dell'ozena.* — Gli AA. sono giunti all'isolamento dal filtrato di secreto nasale ozenatoso di un nuovo germe piccolissimo, tondeggiante, non mobile, raggruppato a serie di 8-10 elementi, resistente al Gram; si colora col Giemsa; si coltiva in serie infinita nel terreno catalizzatore di Tarozzi-Noguchi. Nel siero di sangue di individui ozenatosi sono riusciti a mettere in evidenza col germe isolato anche anticorpi specifici. Tale germe iniettato in conigli produce una lesione caratterizzata da secrezione muco-purulenta delle fosse nasali, la quale dà luogo a formazione di croste giallo-verdastre.

FACCHINI e SANVENERO ROSSELLI. — *Ricerche batteriologiche e biologiche sull'ozena.* — Riferiscono i risultati ottenuti dalle ricerche istituite in 48 casi di ozena: in 20 casi trovarono il cocco-bacillo di Perez, identificato attraverso prove culturali e reazioni agglutinanti con sieri di coniglio trattati con colture di cocco-bacillo avute da Hofer; in 10 casi trovarono familiarità (congiunti più o meno prossimi ozenatosi). Hanno ottenuto risultati terapeutici favorevoli con l'uso di auto-vaccini di bacillo di Perez. Concludono ammettendo l'importanza patogenetica del germe di Perez, ma condizionata a particolari situazioni di ricettività o di terreno organico.

TRIMARCHI. — *Ricerche ematologiche sull'ozena.* — Ritiene vi sia una certa particolarità ereditaria nella conformazione delle cavità nasali nelle famiglie di ozenatosi (ampiezza), dimostrandosi poco convinto della contagiosità. Ammette che l'ozena sia una manifestazione di uno stato generale linfatico o tossico, condizione favorevole per lo sviluppo di processi biochimici endonasali.

D'ONOFRIO. — *Proteinoterapia leucocitaria nell'ozena.* — Ha tentato in 20 casi la proteinoterapia (Lac, Nucleum-Pepto-Caseal) sorvegliando le variazioni leucocitarie ed esaminando il secreto nasale. Nega la linfocitosi ed eosinofillia. Come risultati terapeutici ha riscontrato temporanei miglioramenti, più evidenti negli adulti, per fluidificazione del secreto e distacco spontaneo delle croste. Giudica dannoso insistere a lungo nella proteinoterapia.

DE MAIO. — *Sulla terapia dell'ozena*, mediante iniezioni sottocutanee di paraffina.

MANCINI. — *La cura dell'ozena.* — Riferisce gli ottimi risultati ottenuti in numerosi casi con trattamento iniziale di ioduro di argento allo stato nascente e consecutive iniezioni sottomucose di vasellina bianca sterile per diminuire l'atrofia dei turbinati.

PALUMBO. — *Studio clinico sull'efficacia del trattamento stimolante locale mediante iniezioni di sangue proprio nelle riniti atrofiche sia ozenatose che semplici.* — Espone gli incoraggianti risultati ottenuti in ozenatosi, specie nei casi in cui il processo non è molto avanzato, mediante il trattamento con iniezioni sottomucose endonasali di sangue prelevato dallo stesso paziente.

VITALI-MAZZA. — *Referti di lisi microbica trasmissibile in serie nel secreto nasale ozenatoso.*

BELINOFF. — *Sur l'ozène en Bulgarie.* — Ricorda numerosissimi casi di ozena osservati dichiaran-

dosi per il trattamento col vaccino polivalente dell'istituto terapico di Vienna. Ammette la teoria contagiosa microbica.

Terminate le comunicazioni sull'ozena, si inizia la discussione.

F. PEREZ riassumendo quanto ha ampiamente esposto nella sua relazione si dichiara contagionista senza restrizioni, ammettendo che l'ozena sia un'entità nosologica acquisita, che sia infettiva per contagio umano o canino e che si possa evitare e curare con la vaccinazione. Pertanto egli insiste affinchè tutti i medici facciano osservare delle precise norme di profilassi.

G. BILANCIONI, esponendo per sommi capi le conclusioni tratte dalla sua dotta ed ampia relazione, dichiara che pur riconoscendo nell'ozena una forma infettiva e contagiante non può negare l'influenza di un terreno morfologico speciale, necessario perchè la malattia si manifesti nella sua interezza. Perchè l'ozena si sviluppi non basta la presenza del germe, ma occorre un altro elemento importantissimo, che forse talora frustra l'azione del germe, consistente in un peculiare sostrato anatomico o biochimico, spesso familiare.

D. TANTURRI dichiara di aver sempre trovato il cocco-bacillo del Perez negli ozenatosi e come suo costante compagno il bacillo di Löwenberg-Abel. CALICETI ha notato in varii casi in cui aveva isolato più di un germe che la ricerca della deviazione del complemento dava risultati uguali sia per uno che per l'altro germe. Anche le ricerche sull'agglutinazione gli hanno dimostrato un valore molto labile. GAVELLO si dichiara contagionista, ma con riserva; cioè ammettendo che l'attecchimento del bacillo di Perez può avvenire in individui predisposti. Così pure PORTMANN.

Martedì 28 ottobre 1924.

Comunicazioni di Rinologia e Faringologia.

BORGHEGGIANI. — *Considerazioni sul trattamento chirurgico delle sinusiti frontali.*

PAPALE. — *Il fibroma naso-faringeo, malattia ereditaria familiare, legata al sesso.* — Ammette che il fibroma naso-faringeo sia dovuto allo sviluppo tumoriforme di una malformazione embrionale corrispondente alla commissura alicochlearis, che egli dimostra istologicamente nelle sezioni in serie di un suo embrione umano di mm. 22.

Il prof. GHERARDO FERRERI richiama l'attenzione sul lavoro più esteso sull'argomento in questione, opera del De Rossi.

GIORGIO FERRERI. — *Sulla diagnosi e sulla cura dei tumori linfo-epiteliali del cavo naso-faringeo.* — Riferisce della guarigione ottenuta nei tumori linfo-epiteliali della rino-faringe con la radioterapia.

Il prof. GRADENIGO fa le sue riserve su tale guarigione completa, poichè egli ha costantemente osservato la recidiva dopo 2 o 3 anni.

CALAMIDA. — *Un caso di polipi multipli ed un altro di ipertrofia polipoide diffusa della mucosa del setto nasale.*

CAMPEGGIANI. — *Anomalie del seno frontale.*

TEPPATI. — *Di un caso di melano-sarcoma primitivo della fossa nasale sinistra.*

LASAGNA. — *Lo scleroma infettivo delle vie respiratorie.*

Discutono sull'argomento FERRERI GHERARDO, POPPI e CITELLI.

CITELLI. — *Il mio metodo di resezione supero-interna del mascellare superiore e le sue numerose indicazioni.*

C. D'ALISE. — *Funzione masticatoria e sviluppo delle cavità nasali.* — Pone in rilievo l'importanza che la stomatologia assume nei riguardi della rinologia e passa a considerare le modificazioni che la funzione masticatoria può produrre sullo sviluppo delle cavità nasali.

LAPOUGE. — *Sindrome del vacuum sinus.*

BRONZINI. — *La patogenesi della ipertensione intracranica in rapporto alle affezioni del rino-faringe.* — Riferisce di un caso di meningite sierosa cronica che datava da 4 anni con cefalea fastidiosa e altri sintomi a carico dell'ipoglosso e del facciale di sinistra e della visione, guarita in seguito all'asportazione delle vegetazioni adenoidi. L'O. ammette che l'adenotomia abbia fatto cessare il turgore della mucosa nasale, il quale comprimeva i linfatici che servono allo scarico del *liquor.*

PORTMANN e M. CATALDI. — *Le basi anatomo-patologiche della tonsillectomia totale: sue indicazioni e sua tecnica.* — Insistono sulla necessità di praticare l'ablazione totale della tonsilla in alcuni casi di tonsille notevolmente ipertrofiche, nelle quali le cripte, ricettacolo dei germi, si estendono molto profondamente.

CALICETI. — *La concentrazione proteica del siero ed i lipoidi del sangue negli adenoidei.* — Conclude che la concentrazione proteica del siero oscilla nell'adenoidismo nei limiti normali. Per la lipoidemia ha notato una diminuzione dei grassi neutri e dei fosfatidi e una lieve ipercolesterinemia con prevalenza proporzionale della colesterina libera su quella eterificata.

DI DONATO. — *Sulle alterazioni funzionali del rene negli adenoidei.* — Ha studiato il comportamento della funzionalità renale in 92 adenoidei, tra i quali alcuni adulti, praticando oltre che le comuni prove per l'albumina, i cloruri, l'urea e il sedimento la prova dell'eliminazione della fenolsulfono-ftaleina e ricercando la costante d'Ambard. Ha veduto una percentuale dal 20 al 25% di adenoidei a funzionalità renale alterata. Avendo notato negli adenoidei renali quasi costante la incontinenza d'urina mentre che negli altri rappresenta l'eccezione, l'O. attribuisce questo sintoma all'alterata funzionalità renale.

BRUNETTI. — *Ricerche sperimentali sulla funzione fisiologica delle tonsille palatine.* — Riferisce sui brillanti risultati ottenuti mediante un nuovo sistema di lavaggio degli estratti tonsillari.

BRUZZONE. — *Sulla funzione delle tonsille palatine.* — In base a ricerche sperimentali *in vitro* e *in vivo* ritiene che si debba circoscrivere la funzione endocrina del tessuto tonsillare alla elaborazione di un principio attivo, termolabile ed esauribile appartenente alla categoria dei fermenti e che ha spiccata attività glicolitica. Accenna ad affinità singolari tra tonsilla e timo. Emette come pura ipotesi la concezione di un complesso timo-

tonsillare antagonista al complesso tiro-paratiroideo, quali fattori importantissimi nella euritmia di certi scambi (sali di calcio, idrati di carbonio).

CANESTRO. — *Nuove ricerche sulla fisiologia delle tonsille palatine.*

SALVATORI. — *Sui rapporti tra timo e tonsille palatine in riguardo alla ematopoiesi nei primi periodi di vita.* — Espone i risultati di ricerche ematologiche e istologiche, condotte su una serie di cagnolini operati di asportazione del timo o delle tonsille. Deve ammettersi in ambedue le glandole una funzione più eritropoietica che ematopoietica in generale ed afferma esistervi fra esse importanti rapporti funzionali, nel senso che l'una viene a risentire dalla mancata funzione dell'altra; tale risentimento si manifesta con l'atrofia nel caso della tonsilla e con la degenerazione precoce in quello del timo.

CORNELLI. — *L'influenza della tonsilla palatina sui corpuscoli rossi del sangue.* — Ammette che la tonsillectomia non provoca alcuna variazione qualitativa o quantitativa sui globuli rossi del sangue; sui globuli bianchi non provoca alcuna variazione sul numero, ma nei rapporti si ha diminuzione dei linfociti e dei polinucleati acidofili e aumento dei grandi mononucleati, forme di passaggio e polinucleati neutrofili. Tali variazioni sono transitorie.

BIAGGI. — *Sul tessuto cavernoso del turbinato inferiore. Ricerche anatomiche e dimostrazioni.*

RUSSI. — *Le malformazioni del setto nasale e del mascellare superiore negli adenoidei.* — Per classificare le varie forme di palato ha calcolato il rapporto esistente tra l'asse trasversale da lui prescelto (asse retro-premolare) e l'altezza della volta palatina. Ritiene infondata l'ipotesi che il palato ogivale innalzandosi determini deviazioni del setto. Sostiene che nel maggior numero dei casi le malformazioni del setto e del palato sono di origine embrionale.

TORRIGIANI. — *Ricerche di chimica fisiologica e morfologica del muco nasale.*

ALAGNA. — *Ricerche biologiche e batteriologiche nel campo della rino-faringologia.*

Seduta della Società Italiana di Fonetica sperimentale.

Presidente: prof. BAGLIONI.

BAGLIONI. — Tratteggia il passato ed il presente della fonetica: scienza sperimentale, ma che ha diretta ed importante relazione colla specialità pratica; scienza che ha un grande avvenire poichè alcuni capitoli sono ancora da iniziare.

BAGLIONI. — *Movimenti respiratori e fonazione.* — È una dotta comunicazione sulla fisiologia dei movimenti respiratori in rapporto alla fonazione. Per la *musicalità del linguaggio* conclude che sotto tale punto di vista le diverse lingue vengono classificate in vario modo: la lingua però più musicale perchè ricca di vocali, perchè ha meno bisogno delle altre di quantità di aria e risponde perciò di più ai bisogni fisiologici è la lingua italiana.

BILANCIONI e MELDOLESI. — *Sul comportamento del diaframma nella voce cantata.* — L'O. interessa vivamente l'uditorio con un'ampia comunicazione accompagnata da numerose proiezioni di grafiche della respirazione diaframmatica prelevate in varii individui durante il canto. Pone in rilievo la grande importanza che ha l'educazione di sapere bene sfruttare i movimenti respiratori del diaframma per la giusta intonazione e tenuta del canto.

Il prof. BAGLIONI fa osservare che le ricerche dell'O. tendono a dimostrare un fatto importante e finora sconosciuto ai fisiologi (almeno come fatto ben dimostrato) che cioè il diaframma nella fase espiratoria col suo tono funzioni da antagonista regolatore dello sforzo espiratorio. Sinora si credeva che questa funzione fosse solo dei muscoli laringei.

DELLA CIOPPA. — *Metodo stroboscopico per l'esame e per l'esercizio della giusta intonazione e tenuta della voce nel canto.* — Rileva l'importanza del metodo stroboscopico per l'educazione della voce nei cantanti e mostra dei nuovi dischi fonogrammoscopici da lui costruiti per le varie voci (tenore, soprano, ecc.).

DE MAIO. — *La disfonia in medicina legale.* — Riferisce di un caso nel quale ai periti laringoiatri sono stati prospettati ai giudici varii quesiti, per i quali gli studi di fonetica avrebbero enorme importanza.

GRADENIGO. — *Sulla tonalità dei fonemi della voce.* — Nota l'importanza del metodo interferenziale acustico per lo studio dei toni che costituiscono i fonemi della voce e richiama l'attenzione sulla comunicazione del prof. Bilancioni, facendo notare come gl'individui che intraprendono la via del canto dovrebbero sottoporsi prima ad un esame speciale per stabilire la funzionalità perfetta degli organi respiratori e fonatori.

JANNUZZI. — *Sulla melodia del linguaggio.* — Pone in evidenza l'importanza che per lo studioso di linguistica e di fonetica ha lo studio della melodia del linguaggio. I risultati che da esso si ottengono possono illuminarci sulla storia delle lingue. Presenta delle grafiche ottenute col metodo di Marbe e dalle quali si rileva l'andamento caratteristico musicale dei singoli dialetti.

MASINI. — *Le vocali, la forma del palato e l'arcata dentaria.* — Osserva che per una buona voce di canto importano, oltre la funzione del torace e del diaframma, anche la risonanza delle vie aeree superiori e la buona funzionalità dell'organo uditivo. Il prof. GRADENIGO fa rilevare come sia necessario insistere affinchè nelle nostre scuole primarie gli insegnanti pongano speciale cura nell'educare i bambini alla corretta pronunzia ed articolazione della voce.

PAPALE. — *Sui disturbi del linguaggio in alcune malattie del sistema nervoso studiate col mezzo dei palatogrammi.* — Riferisce delle sue ricerche su infermi di paralisi labio-glosso-faringea e di sclerosi multipla del cervello e del midollo spinale. Mentre negli infermi del primo gruppo si osservano palatogrammi sempre anormali, anche per quei fonemi che apparentemente sono ben pronunziati, negli ammalati dell'altro gruppo in gran maggioranza i palatogrammi risultano normali: a spiegazione della parola sclerotica in questi ul-

timi si osservano invece alterazioni motorie dei muscoli laringei.

TRAINA. — *Voce eunucoide nel periodo puberale in un soggetto con sindrome ipofisaria.*

ZANN. — *Osservazione sulle apofisi vocali.* — Ha trovato che nelle laringi normali tale apofisi raramente si trovano ben manifeste e che sono invece più manifeste nelle laringi con affezioni morbose delle corde vocali. Quando tali apofisi sono molto pronunziate la voce si presente rauca. Tale sviluppo nelle apofisi si riscontra raramente nei bambini, più frequente nell'età adulta e nelle donne che negli uomini. Alla stroboscopia si notano vibrazioni concentriche in corrispondenza alle apofisi vocali.

S'iniziano poi sotto la presidenza del prof. MASINI le *Comunicazioni di Laringologia.*

FERRERI GHERARDO. — *Il cancro laringeo nella donna.* — Fa risaltare la grande rarità di questa forma morbosa.

BILANCIONI. — *Sui fattori della localizzazione laringea nella tubercolosi.* — Tratta dei fattori locali (sviluppo della rete vasale), dei fattori morfologici ed infine della immunità locale.

GAVELLO. — *Sindrome mediastinica in laringologia.* — Rileva come lo studio delle sindromi mediastiniche interessi non solo il clinico medico, ma anche il laringologo per il contributo diagnostico decisivo che questi può apportare con l'esame diretto della laringe, della trachea e dell'esofago. Illustra uno dei sintomi capitali della complessa sindrome mediastinica e cioè la *dispnea accessuale parossistica*, come manifestazione di aneurisma dell'arco aortico (*aneurisma asmatico* dei francesi). Accenna al meccanismo patogenetico di tali accessi. Sconsiglia in tali contingenze la trachetotomia per la quale di solito viene richiesto il laringologo.

SALARIS. — *Sul trattamento della tubercolosi laringea con le iniezioni endolaringee di Paratoxine B.*

ZORRINI. — *La tubercolosi laringea trattata col sole di montagna (Lampada di Hanau) e con la vaccinoterapia alla Pondorff.*

PALLESTRINO. — *Osservazioni cliniche di paralisi traumatiche del nervo laringeo inferiore.* — Espone l'evoluzione clinica osservata metodicamente in due casi di paralisi traumatica del nervo laringeo-inferiore, provocata da allacciature del nervo in operazioni di gozzo. Dalle osservazioni cliniche e sperimentali (avendo riprodotto il fenomeno sui cani) conclude che i movimenti di adduzione delle corde vocali si ripristinano prima di quelli di abduzione, i quali permangono talora incompleti: ultimi a riprendersi sono i movimenti di tensione delle corde vocali.

ORLANDINI. — *Un caso di broncoscopia superiore in un neonato di sei ore.*

CUSENZA. — *Contributo allo studio dei centri bulbari del vago.* — Riferisce il risultato delle sue ricerche in base alle quali è condotto ad ammettere che il centro bulbare motore della laringe si trovi nel nucleo centrale del vago.

LETO. — *Metodo personale di autoplastica per fistola da tracheotomia.*

Comunicazioni di Otologia.

MASINI. — *Effetti della distruzione dell'espansione nervosa cocleare sulla sensazione uditiva.* — Tratteggia brillantemente le sue esperienze sulle cavie che egli ha operato di asportazione parziale o totale della chiocciola o dei canali semicircolari.

RIMINI. — *Sulle indicazioni operative nella labirintite purulenta.* — Espone su alcuni casi clinici di labirintite guariti spontaneamente e affrontando il problema in quali casi debba o non essere operata la labirintite ne ricava delle precise indicazioni. Sostiene la necessità di definire con scrupolosa esattezza tali indicazioni. Il prof. TORRIGIANI rileva l'importanza del contributo dell'O., confermandone i risultati.

MARTUSCELLI. — *Anomalie di sviluppo dell'organo uditivo in un embrione di pollo incubato in termostato.* — Espone i risultati di teratologia dell'organo uditivo ottenuta in un embrione di pollo incubato al termostato e accompagna la sua comunicazione con disegni di alcune malformazioni embrionali dell'organo uditivo finora non registrate.

SPADARO. — *Le tasche di Prussak e di Tröltsch nei mammiferi.* — Riferisce sui risultati di sue ricerche sul vario comportamento delle tasche della cavità timpanica in numerosi mammiferi.

GRADENIGO. — *Nuovi metodi di acumetria clinica.* — Riferisce sulle sue esperienze per la costruzione di un nuovo tipo di acumetro il quale risponda per la precisione delle indagini meglio di quelli conosciuti. Mostra il perfetto funzionamento di un nuovo acumetro da lui recentemente costruito in collaborazione al prof. Stefanini di Pisa. Questo acumetro consiste nell'uso di un pendolo alternatore per la produzione di suoni istantanei e nella fine gradazione dell'intensità di questi ultimi col mezzo di un acumetro a spira. Dimostra un apparecchio destinato a stabilire il potere di discriminazione monoaurale di due suoni immediatamente successivi: potere di discriminazione che varia non solo a seconda dell'intensità ma anche a seconda della tonalità del suono impiegato.

TULLIO. — *Movimenti riflessi prodotti dal suono.* Riferisce i risultati delle sue esperienze sui colombi riguardo la fisiologia del labirinto. Ha stabilito che anche il labirinto vestibolare viene stimolato dai suoni e dimostra sia su piccioni da poco operati, sia con interessanti cinematografie le reazioni del capo ai suoni.

DELLA CIOPPA. — *Come risponde il labirinto vestibolare nelle varie malattie dell'orecchio.*

POPPI. — *Sopra due casi di osteomielite temporo-parieto-occipitale di origine auricolare.* — Richiama l'attenzione sulla efficacia terapeutica della vaccinoterapia che accoppiata alla cura chirurgica può dare in tali casi risultati insperati fino a guarigione completa. Il prof. GRADENIGO ricorda un caso analogo; ma insiste sull'elemento sifilide nelle osteomieliti delle ossa craniche.

MERELLI. — *Contributo allo studio delle proc... funzionali della anchilosi stapedio ovalare.*

GRANDE. — *La cura delle otiti medie catarrali coi raggi Roentgen.*

DONADEI. — *La pressione arteriosa nelle complicanze endocraniche otitiche.*

BRUZZI. — *Sul quantitativo del calcio nel plasma degli otosclerotici.* — Mettendo in relazione la forma matura dell'otosclerosi col metabolismo del calcio, dipendente dalla funzione delle paratiroidi.

BELLUCCI. — *Due casi di otite esterna da Sterigmatocistis nigra.* — Richiama l'attenzione sullo studio delle micosi nella specialità, poichè non si presentano così raramente come d'ordinario si crede. CITELLI conferma le conclusioni dell'O. e contribuendo con la descrizione di altri suoi casi analoghi incita i colleghi a volere approfondire gli studi su questo argomento.

FERRETTI. — *Sull'indagine radiologica della mastoide.* — Espone le posizioni radiologiche della mastoide finora conosciute e passa quindi a descrivere una nuova posizione trovata dall'O. in collaborazione col prof. Bruzzi, la quale permette di avere una chiara immagine radiografica. Tale nuova posizione può dirsi intermedia fra quella di Lange e quella di Lannois-Arcelin e consiste nel far poggiare sul piano della lastra tre punti della testa di facile riscontro: il processo orbitario, la bozza parietale e l'apofisi zigomatica, dando una adeguata inclinazione al tubo: in tal modo l'immagine non viene ad essere disturbata da alcuna sovrapposizione e le linee risultano decise per la vicinanza della parte in questione alla lastra.

SCALAS. — *Le paralisi tardive del nervo facciale secondarie a traumi auricolari indiretti.* — Discute le teorie emesse per spiegare le paralisi tardive del facciale secondarie a traumi auricolari indiretti e in base allo studio di tre casi osservati conclude che: 1) nei casi di traumi del cranio con paralisi tardiva del VII il più delle volte esiste e si può scoprire radiograficamente una frattura del temporale; 2) la paralisi è dovuta a neurite da compressione lenta per l'accumularsi nel canale di Falloppio di un essudato dovuto al riassorbimento di uno stravaso sanguigno che può rendersi abbondante quando sopravviene un'infezione del focolaio della lesione; 3) talora l'infiammazione può svilupparsi nel tessuto stesso del nervo.

SIMEONI. — *Osteomielite tubercolare dell'osso temporale.* — In base a 3 casi di otite media purulenta cronica con complicanze mastoidee in soggetti tubercolotici, ma nel cui essudato auricolare non si riuscì a mettere in evidenza il bacillo di Koch, ritiene non doversi basare esclusivamente sul reperto batteriologico, ma tener sempre in giusta considerazione l'esame clinico. Stabilisce i sintomi su cui fondare una diagnosi di otite media e mastoidite tubercolare.

BUSACCA. — *L'associazione fuso-spirochetica nel pus delle otiti.* — Riferisce di numerosi casi di associazione fuso-spirochetica riscontrata nel pus delle otiti croniche e pone in rilievo i risultati brillanti che in tali forme si possono ottenere con la terapia del neosalvarsan.

ACCORINTI. — *Utilizzazione in medicina legale del metodo grafico della simulazione della sordità.* — Dimostra con grafiche evidenti che il riflesso respiratorio è costante in tutti gli individui; nè può essere inibito: esso manca nei sordi. Presenta le grafiche di un simulatore svelato con tale metodo e rileva l'importanza che per il medico legale militare può avere tale prova.

JANNUZZI. — *Sulla genesi del nistagmo calorico.* — Riferisce su esperienze condotte sui colombi allo scopo di illuminare dei punti ancora oscuri della fisiologia del labirinto e conclude ritenendo che tuttora la teoria del Barany è quella che si impone, ma che tuttavia le esperienze di Borries meritano di essere continuate poichè nella patologia vestibolare vi sono dei fenomeni che il Barany non spiega.

Il prossimo Congresso si terrà a Venezia.

G. SALVADORI.

I Congresso Italiano di Oftalmologia.

Si è tenuto a Roma, nei locali della R. Clinica Oculistica, il I Congresso della Società Italiana di Oftalmologia.

Hanno partecipato ai lavori 306 fra direttori di Cliniche, liberi docenti, direttori di riparti ospedalieri e oculisti di ogni parte d'Italia e dell'estero (New York, Chicago, Rosario, Malta, Tunisi, Salonicco).

Sono state presentate 126 memorie scientifiche riguardanti svariatissimi problemi sia della pura specialità, sia in rapporto alle malattie generali.

Lo svolgimento dei lavori ha suscitato sempre maggiore interesse per cui alle sedute hanno assistito professori e medici non oculisti.

Sono stati anche discussi argomenti di interesse sociale e di profilassi ed approvati all'unanimità gli ordini del giorno riferentisi:

1° alla necessità di non deturpare le cliniche oculistiche con l'assegnare parte dei loro locali ad altri insegnamenti;

2° di fornire alle cliniche mezzi sufficienti;

3° di limitare la patria potestà per i minorenni colpiti da oftalmite simpatica e quindi di imminente pericolo di cecità;

4° di rendere obbligatoria la profilassi contro la oftalmoblenorrea dei neonati;

5° di affidare la cura degli oftalmici militari alle cliniche ed ospedali in reparto militarizzato con personale medico militare.

Nell'ultima seduta, il Congresso ha assegnato il Premio Nazionale per la oftalmologia (premio Cidonio di lire settemila) al lavoro sulla *siderosi oculare* eseguito dal dott. Diego D'Amico nella Clinica di Roma, e la grande medaglia d'oro del Premio Internazionale (premio Cirincione) al lavoro *sull'ora serrata dell'occhio umano* presentato dal prof. Luigi Maggiore anch'esso eseguito nella Clinica romana.

I congressisti, guidati dal sen. prof. Cirincione, hanno visitato i servizi sanitari della Cassa Nazionale Infortuni. Essi hanno manifestato tutto il loro alto compiacimento per la perfetta organizzazione dei servizi del maggiore Istituto Nazionale di Assicurazione per gli infortuni.

È stato chiesto all'unanimità che la data di fondazione della Società, tenuta a battesimo dal mi-

nistro senatore conte Casati, venga consacrata con una apposita targa nella grande aula della Clinica di Roma.

Al prof. Cirincione ideatore ed organizzatore di questa nuova Associazione scientifica, eretta in Ente morale per suo volere, è stata fatta una grande manifestazione di stima e di riconoscenza per l'opera che egli ha sempre esplicato a beneficio dell'umanità.

La prossima riunione avrà luogo il 27 ottobre 1925 ed in quella data saranno assegnati i premi nazionali (L. 7 mila) ed internazionale (L. 20 mila e due medaglie d'oro) di cui è stato già bandito il nuovo concorso.

Il XIII Congresso stomatologico Italiano.

Sotto l'alto patronato di S. E. il senatore conte Alessandro Casati, ministro della P. I., s'inaugurò il 13 ottobre u. s. a Napoli nella R. Università il XIII Congresso promosso dalla Federazione Stomatologica Italiana. Parlarono applauditi l'assessore all'igiene prof. Reale, l'on. prof. Salvi, presidente dell'Ordine dei medici, il prof. Jemma, preside della Facoltà di Medicina della R. Università di Napoli, il dott. Bellinzona, presidente della F. S. I., il prof. R. D'Alise, presidente del Comitato ordinatore del Congresso, tutti inneggiando alla vittoria stomatologica ottenuta il 5 agosto u. s. con l'abrogazione del decreto-legge Gentile-Chiavaro del 31 dicembre 1923. Furono inviati telegrammi a S. M. il Re, ai ministri Mussolini e Casati, all'on. Perna assente dall'Italia, ai senatori Augusto Murri e L. Simonetta.

Tra i lavori più importanti presentati al Congresso notiamo una relazione del dott. Grandi di Trieste sulle *Nevrosi dento-facciali*, un'altra, applauditissima, del prof. Manicardi di Modena, su *La patogenesi della carie dentale*, una comunicazione del dott. C. Cavina di Bologna, sulla *Cura delle nevralgie del trigemino* e su *La tecnica dell'amputazione degli apici radicolari*, le comunicazioni del dott. A. A. Mancini di Roma, su *L'azione dei raggi ultravioletti in stomatologia*, del dottor Chiurco di Siena, sopra *Un caso di lesione ulcero-necrotica del mascellare superiore*, del prof. Franci di Siena, intorno alla *Presenza degli ifomiceti nelle infiammazioni orali*, del dott. Gottardi di Bologna, su *L'otturazione dei canali dentali nell'amputazione dell'apice*, del dott. Mela di Genova, su *I denti e la dentizione in medicina legale*, del prof. C. D'Alise di Napoli, su *La cavità orale nella profilassi della sifilide e del cancro*, del prof. R. D'Alise di Napoli su *L'emorragia vicariante*, del prof. De Vecchis di Napoli su *La Patologia e terapia della ipersensibilità polpale alla trapanazione*, del dott. G. Silenzi di Roma su la *Terapia dei neoplasmi della bocca con il Radium* riferendo anche una comunicazione del dott. A. Bianchini di Roma su *Le cisti paradentarie in radiologia*, del prof. Coraini di Napoli su *La messa dei modelli in articolazione*, del dott. Di Domenico di Napoli, su *La etiologia della carie e nuova teoria nutritivo-parassitaria*, del prof. N. Papa di Napoli su *La piorrea alveolare*, del prof. Piperno di Roma su *La leggenda di S. Apollonia*, del dott. Silvestrini di Bologna su *l'igiene della cavità orale*, dei dottori Gaini e Mancosu di Milano (riferente il prof. Fasoli) su *Ricerche sperimentali e cliniche intorno all'azione dei preparati di formaldeide sulla polpa dentale* e su *L'anatomia dei canali radicolari*.

Altra relazione importante fu quella del prof. Arlotta di Milano sui *Servizi odontoiatrici scolastici in Italia e all'estero*, illustrante il nuovo servizio odontoiatrico scolastico autoambulante del Comune di Milano. Le relazioni e le comunicazioni furono insieme più di quaranta, dando così una prova tangibile del recente sviluppo della stomatologia italiana. Tutti i lavori, con le interessanti discussioni, vedranno la luce nel giornale «La Stomatologia» (Roma), divenuto l'organo ufficiale della Federazione Stomatologica Italiana e dell'Associazione fra i Professori Italiani di Odontoiatria e Protesi dentaria.

A Presidente della F. S. I. fu eletto per acclamazione il prof. Giorgio Coen-Cagli di Roma e fu scelta Fiume a sede del Congresso per il 1925. Fu deliberato di indire per il corrente mese di novembre a Roma un'assemblea straordinaria della F. S. I. insieme con l'Associazione fra i Professori di Odontoiatria e col Sindacato Nazionale Medici-Stomatologi per lo svolgimento della relazione del prof. Beretta di Bologna sul *Riordinamento degli studi odontologici* sulla base del nuovo decreto Casati.

Il Congresso ebbe termine con una deliziosa gita a Palermo, organizzata dal prof. Ribolla Nicodemi, alla quale parteciparono più di ottanta congressisti. Il Comitato locale offrì un banchetto al lido di Mondello, dove il Presidente dell'Ordine dei Medici di Palermo, dott. Bentivegna, brindò alla grande recente vittoria stomatologica italiana, definendola vittoria di tutta la classe medica.

A. PIPERNO.

Il Congresso dell'Associazione italiana Dottoresse in medicina.

Si è svolto a Milano il 26 e 27 ottobre 1924. Alla seduta inaugurale il prefetto era rappresentato dal medico provinciale. Il prof. RETI dette il benvenuto a nome di tutta la classe medica.

La presidente dott.ssa CARCUPINO-FERRARI espose la prima parte della relazione sull'*indirizzo professionale delle medichesse in Italia*, nel campo scientifico, professionale e sociale. Fa rilevare come le colleghe siano in continua ascensione: più d'una ha raggiunto la libera docenza, una occupa quale Direttrice una cattedra pediatrica universitaria, altre hanno dedicata la loro attività nelle cliniche universitarie, in reparti ospedalieri ed in laboratori d'igiene. Col concorso vinto dalla dottoressa Savini, quale medico capo dell'Ufficio d'Igiene municipale di Udine, da due anni sono stati riconosciuti alla donna tutti i diritti nell'esercizio

della medicina. L'addensamento delle dottoresse nelle città maggiori andrà un po' alla volta cedendo alla decentralizzazione nei centri più piccoli.

Segue la seconda parte della relazione, della dott.ssa BONOMI, sull'attività futura. L'oratrice fa rilevare come la medichessa debba intensificare la sua attività nel campo sociale.

La duplice relazione viene ampiamente discussa.

La dott.ssa CLELIA LOLLINI riferisce su: *La donna e la lotta contro la tubercolosi;* espone il contributo che la donna porta in questo campo come madre, maestra, dottoressa ed in modo speciale come infermiera, visitatrice od assistente sanitaria. Dopo discussione, il Congresso fa voti che l'istituzione delle *infermiere visitatrici* venga sviluppata e che tali infermiere sieno adeguatamente preparate in scuole apposite secondo uniformi istituzioni in tutta Italia.

Segue la relazione della dott.ssa CLELIA LOLLINI sui *Rapporti dell'Associazione Nazionale Italiana coll'Associazione Internazionale delle dottoresse in medicina e chirurgia.*

Per acclamazione, viene votato un ordine del giorno col quale si riconosce che per le medichesse sono sovratutto consigliabili: 1) la specializzazione nelle discipline riguardanti le malattie della donna e del bambino, in modo che le donne possano largamente esercitare in ospedali infantili, brefotrofi, asili materni, ecc.; 2) la medicina sociale (attività medica negli opifici, nei dispensari antitubercolari, ecc.; 3) l'attività negli uffici e nei laboratori d'igiene. Si fa anche voto, che le dottoresse entrino più frequentemente a far parte delle amministrazioni di Ospedali, Opere Pie, Brefotrofi ed Istituti di beneficenza ed assistenza per l'infanzia e la giovinezza.

La prof.ssa BORRINO svolge la relazione sulla *Protezione della donna e del fanciullo* e premessa la discussione dei rapporti tra lavoro femminile e funzione materna prende in esame il testo unico del R. D. 1907, n. 818, sul lavoro delle donne e dei fanciulli deplorando la sua insufficienza riguardo alla gravidanza e la mancanza della sua applicazione, espone le tristissime condizioni delle donne che lavorano a domicilio, infine le condizioni del lavoro dei fanciulli, ricordando anche l'oscuro lavoro dei bimbi illegittimi che pagano con piccole, ma pur penose prestazioni, i loro custodi insufficientemente compensati dalle amministrazioni provinciali. Il Congresso, sentita poi la relazione della dott.ssa LIVIA LOLLINI sul medesimo argomento, approva un ordine del giorno col quale, considerando che una sapiente protezione del lavoro delle donne e dei fanciulli è di capitale importanza sociale, fa voti: 1) che si provveda alla speciale protezione della donna in gravidanza almeno con la pratica applicazione delle convenzioni di Washington; 2) che si disciplini e si sorvegli il lavoro femminile a domicilio; 3) che venga dato maggiore sviluppo alle scuole professionali e innalzato il limite del primo ingresso dei fanciulli nel lavoro effettivo; 4) che le disposizioni legali già sancite dal testo unico R. D. 1907, n. 818, siano veramente attuate sopratutto con l'istituzione delle sale di allattamento nelle officine, dove lavorano donne; 5) che l'assistenza dei fanciulli illegittimi venga finalmente integrata dalla ricerca della paternità in modo che si abbiano i mezzi per il loro mantenimento, insufficientemente pagato dalle amministrazioni ed in realtà compensato dai bambini stessi col loro precoce lavoro.

La borsa di studio Wassermann viene assegnata alla dott.ssa Giuseppina Pastori di Milano.

Si designa Mantova a sede del prossimo convegno, che si adunerà nel 1925.

Le congressiste hanno visitato alcuni stabilimenti industriali, per prendere visione dell'assistenza sociale alle operaie.

S.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

Assestamento dei rapporti economici tra sanitari e Comuni.

L'art. 4 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889, vieta ai Comuni di istituire condotte sanitarie per la generalità degli abitanti: quelle esistenti devono essere abolite. Il divieto risultava già dalla legge; ora è espresso e categorico.

L'art. 34 fa obbligo alle Giunte Provinciali Amministrative, sentito il Consiglio Provinciale di Sanità, di stabilire gli *stipendi minimi* dei sanitari condotti della Provincia, distribuendo i Comuni in speciali categorie, *in relazione all'importanza del servizio sanitario, al numero degli aventi diritto all'assistenza sanitaria gratuita*, alle condizioni topografiche delle condotte e alle presumibili fonti di reddito patrimoniale di esse. Uguale attribuzione spetta alle Giunte Provinciali per la determinazione degli *stipendi minimi* degli ufficiali sanitari con nomina definitiva, tenuto conto della importanza del servizio.

Si svolge, dunque, una vasta opera di riassestamento economico, che deve essere vigilata a scopo di collaborazione per evitare errori e disuguaglianze di trattamento.

« È mio fermo intendimento — disse il Ministro dell'Interno con la circolare 19 luglio n. 20106-A — che, nei cennati adempimenti, ogni indugio abbia a cessare, poichè urge tanto il ricondurre ai limiti di legge la spesa che i Comuni devono sostenere per l'assistenza sanitaria gratuita ai loro amministrati, quanto il sistemare le condizioni economiche del personale dei sanitari condotti ». È *giusto* e *doveroso* evitare, soggiunge la circolare, che « i sanitari comunali continuino, in qualche provincia, ad essere retribuiti in modo non rispondente al decoro della funzione ed alle odierne condizioni di vita ».

È noto che gli elenchi dei poveri, distinti per l'assistenza medico-chirurgica ed ostetrica e per la somministrazione gratuita dei medicinali, saranno formati quando sarà pubblicato il nuovo regolamento sanitario, che dovrà disciplinarli: frattanto è efficace il sistema precedente che prescrive un solo elenco.

Ma, ha avvertito il Ministro, non si deve attendere che siano formati gli elenchi dei poveri a norma dell'art. 32 del R. D. 30 dicembre 1923, per procedere alla determinazione degli stipendi minimi. È ovvio che sia così, perchè il numero dei poveri che hanno diritto all'assistenza gratuita già risulta dall'elenco che è in vigore, a norma del regolamento sanitario 19 luglio 1906 e, quindi, le Giunte Provinciali Amministrative possono valutare anche ora la importanza del servizio in relazione al numero delle persone che devono essere assistite.

Le funzioni dei Consigli Provinciali sanitari, in sede consultiva, e delle Giunte Provinciali Amministrative, in sede di deliberazione, sono assai delicate, perchè si concretano in una valutazione discrezionale sulla base di criteri generali e di indici approssimativi.

Gli stipendi sono stabiliti per ciascun Comune e per classi di sanitari (medici condotti, ufficiali sanitari, levatrici, ecc.); ma a questo risultato si giunge raggruppando i Comuni in speciali categorie e stabilendo per queste, in rapporto a ciascuna classe di sanitari, gli stipendi minimi.

I criteri che devono guidare i Consigli Provinciali sanitari e le Giunte Provinciali Amministrative non sono rigidi. La circolare già ricordata, attenendosi, si intende, alla specificazione che ne fa l'art. 34 del decreto, dice che si devono « tener presenti le *condizioni medie del servizio sanitario*, risultanti da un giudizio complessivo stabilito in relazione: *a*) all'importanza del servizio sanitario; *b*) al numero degli aventi diritto all'assistenza sanitaria gratuita; *c*) alle condizioni topografiche delle condotte; *d*) alle presunte fonti di reddito professionale di esse ».

« Le condizioni di particolare disagio — chiarisce opportunamente la circolare — in cui eventualmente si trova il Comune, non possono giustificare ulteriori indugi nella sistemazione economica del personale sanitario, *giacchè è evidente che tali considerazioni non possono nè devono aver influenza nella determinazione degli stipendi minimi, che, appunto perchè minimi, rappresentano quella retribuzione che sarà ritenuta indispensabile perchè i sanitari comunali possano, con l'eventuale sussidio dell'esercizio professionale connesso alla carica, provvedere al loro sostentamento* ».

Il chiarimento è opportuno, dicevamo, per evitare possibili equivoci, sebbene le condizioni finanziarie dell'ente non siano comprese fra gli elementi che l'art. 34 specificatamente stabilisce agli effetti del giudizio complessivo.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

L'applicazione dei criteri sopra indicati riguarda, anzitutto, la formazione delle categorie e la determinazione degli stipendi minimi per ciascuna di esse, in rapporto alle varie classi di sanitari, e poi la iscrizione dei singoli Comuni all'una o all'altra categoria.

Abbiamo rilevato, in un caso segnalatoci per consultazione, che la distribuzione dei Comuni in speciali categorie era fondata sul criterio numerico degli abitanti; ma è chiaro che un provvedimento siffatto è manifestamente errato e in contrasto con la disposizione testuale dell'art. 34.

Il giudizio è complesso e si deve fondare su tutti gli elementi specificati dalla legge e soltanto su questi.

Contro il provvedimento delle Giunte Provinciali Amministrative possono ricorrere gli interessati al Governo del Re in sede gerarchica (Ministero Interni), nel termine di giorni quindici dalla notificazione. Se il termine sia scaduto, il ricorso può essere preso in esame come denunzia, per eventuale annullamento d'ufficio, tanto più che il Ministero intende vigilare la sistemazione del trattamento economico e, a questo fine, ha chiesto ai Prefetti la comunicazione delle tabelle, corredate dalla copia della proposta del Consiglio Provinciale sanitario e della decisione della G. P. A.

Il provvedimento ministeriale è definitivo, nel senso che contro di esso può essere prodotto ricorso al Consiglio di Stato, in sede giurisdizionale, per incompetenza, eccesso di potere e violazione di legge.

Il provvedimento della G. P. A. è senz'altro efficace per la determinazione degli stipendi minimi con decorrenza dal 30 gennaio 1924 e ciò — dice la circolare — « in base al disposto dell'art. 90, 3° comma del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2882, che stabilisce l'entrata in vigore delle norme in parola al quindicesimo giorno dalla pubblicazione del detto decreto, pubblicazione avvenuta nella Gazzetta del 15 gennaio 1924, n. 12 ».

Ma la determinazione degli stipendi *minimi* è il primo atto della sistemazione economica, la quale deve essere poi riveduta e adeguata alle situazioni particolari e alle esigenze di una vita decorosa, dai singoli Comuni, tenuto conto anche della potenzialità economica di essi.

Qui si entra marcatamente nel campo della discrezionalità più ampia: ma noi pensiamo che, in secondo tempo, possa intervenire anche la Giunta Provinciale Amministrativa, per casi singoli. Con la determinazione degli stipendi minimi essa esaurisce l'attribuzione che le compete a norma dell'art. 34; ma rimane sempre salva l'attribuzione normale di adeguare gli stipendi alle esigenze effettive.

È ovvio, infine, che non possano essere ridotti gli stipendi attuali eventualmente superiori al minimo che sarà fissato dalla Giunta, perchè si tratta di un diritto già acquisito, che deve essere rispettato, eccettuato il caso dell'applicazione dei Decreti 27 maggio e 24 settembre 1923, la quale però non compete più al Comune, ma, dal 12 febbraio 1924 e sino al 31 dicembre, spetta soltanto al Prefetto in sede di sostituzione.

Qualche difficoltà può presentare la determinazione dello stipendio nel caso di abolizione della condotta per la generalità degli abitanti, se dal capitolato e dalla deliberazione di nomina risulti attribuito uno stipendio unico e complessivo e non due distinte retribuzioni, per l'assistenza dei poveri l'una e per la cura degli abitanti l'altra.

In tal caso, abolita la condotta per la generalità degli abitanti, la retribuzione deve essere stabilita, è vero, *sulla base* della tabella degli stipendi minimi, ma determinandone di volta in volta la maggior misura giustificata dalle esigenze della vita, anche in considerazione degli utili professionali prevedibili.

Questa fase dell'assestamento dei rapporti fra Comuni e sanitari è forse più delicata di quella caratterizzata dall'applicazione, spesso non meditata e talvolta dissennata o personalistica, dei decreti eccezionali concernenti la riforma dell'organico.

Le norme circa gli stipendi minimi sono diretti ad assicurare certezza di trattamento economico e tranquillità di vita decorosa: bisogna vigilarne l'applicazione, perchè i fini non siano frustrati da grette concezioni o da preoccupazioni di economie dannose.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Congresso straordinario degli Ordini dei Medici.

(Roma, 29-30 ottobre 1924).

Apre la seduta il dott. FATICHI di Firenze, segretario della Commissione straordinaria federale.

Dopo il saluto di rito invita il Congresso a procedere all'elezione dell'Ufficio di Presidenza.

Sono eletti G. B. BUGLIONI, Presidente, DELLA CIOPPA e GALASSI, segretari.

Quali membri della Commissione per la verifica dei poteri vengono chiamati i dottori GALLENGA, TONELLI e PASSAMONTI.

Il Presidente Buglioni, dopo avere ringraziato i colleghi per l'onorifico incarico, rivolge un invito perchè l'importante discussione del tema all'ordine del giorno possa svolgersi serenamente.

Viene data comunicazione al Congresso che sono regolarmente rappresentati n. 53 Ordini.

Ha la parola il dott. FATICHI che espone la relazione morale.

Riferisce l'opera svolta in seno al Comitato per le onoranze al Medico caduto in guerra, e particolarmente per la scelta del bozzetto pel monumento, del «Libro d'Oro» e le modalità per la partecipazione degli Ordini alla solenne cerimonia con l'intervento delle LL. MM. il Re e la Regina e le Autorità civili e militari. Accenna all'iniziativa presa di fondare delle borse di studio per gli orfani dei sanitari e alla erogazione fatta, in gran parte alle famiglie dei medici caduti, della somma raccolta dal prof. Silvagni, con la sottoscrizione aperta per tali onoranze.

Comunica che la Commissione straordinaria ha dovuto prendere atto delle dimissioni presentate dal consigliere dott. Campoli, conseguite al fatto che nella qualità di rappresentante dei medici condotti aveva chieste ed ottenute le dimissioni dal direttorio del Sindacato medico.

Espone l'opera svolta in numerose vertenze per le quali i rappresentanti della Federazione hanno potuto emettere vantaggiosamente giudizio arbitrale.

La Commissione straordinaria ha favorito il voto degli odontoiatri per l'obbligatorietà della laurea in medicina nell'esercizio della specialità ed ha indetto un *referendum* sull'importante questione della clinicizzazione degli ospedali, tuttora in svolgimento.

Prosegue riferendo sull'eterna questione «Eredità Toscani»; sul funzionamento dell'ospedale italiano a Londra che per il suo assetto economico non può avere un'amministrazione esclusivamente italiana.

Accenna poi alla grave questione del Bollettino Federale per quanto riguarda le condizioni contrattuali, attualmente invero onerose.

E viene a trattare del compito affidato dal Congresso alla Commissione, di eventuale modifica dello Statuto federale. Tale studio fu iniziato ponendo il quesito della spettanza dell'azione sindacale, tenute presenti le varie rappresentanze di classe ed attuali organizzazioni ed il programma dei Sindacati nazionali, nonchè l'incompatibilità sorta per le Associazioni di categorie iscritte ai Sindacati medici di restare nella Federazione.

La Commissione straordinaria dopo lungo studio e vivace discussione si era trovata d'accordo nel proporre di mantenere in vita la Federazione con il programma di collaborazione con tutti gli organismi medico-professionali, con le istituzioni pubbliche e private per la difesa della salute, per la risoluzione di qualsiasi problema culturale o professionale, per la funzione arbitrale tra i diversi Ordini; rimanendo però sempre estranea alle iniziative di carattere sindacale.

Ma poichè il segretario generale della Corporazione nazionale sanitaria, dott. Fioretti, con circolare pervenuta in data 12 ottobre fa divieto agli Ordini retti dagli organizzati nei Sindacati di aderire, sotto qualsiasi forma, alla Federazione degli Ordini il suindicato programma concordemente stabilito, non può essere più mantenuto per l'obbligo fatto a numero tre membri della Commissione straordinaria «organizzati» di votare contro tale deliberato della Commissione stessa.

Si dà lettura della circolare del dott. Fioretti:

Ill.mo sig. Segretario generale delle Corporazioni sanitarie provinciali di.....

«È prossimo il Congresso degli Ordini dei medici per stabilire se convenga o meno mantenere in vita la Federazione degli Ordini.

Tale Federazione anche semplicemente affiancando l'opera sindacale di questa Corporazione e dei Sindacati medici rappresenta ed è un pericolo per l'ulteriore sviluppo delle nostre organizzazioni mediche.

Faccio notare che gli Ordini dei veterinari non hanno sentito alcun bisogno di federarsi, ma questa classe di professionisti ha concentrato i suoi mezzi nel suo Sindacato nazionale che li rappresenta e li tutela nel modo più efficace.

Questa Corporazione intende che gli Ordini retti dai nostri organizzati, si distacchino senza meno dalla Federazione, in armonia alle disposizioni già emanate l'anno scorso e attende dai propri inscritti una prova di salda disciplina e di coerenza.

Il segr. gen. della Corporaz. naz. san.
Dott. ARNALDO FIORETTI ».

Segue una vivace discussione sulla portata di questa circolare, sulla sua tempestività, avuto eziandio riguardo alla libera discussione che sull'importante argomento possono fare tutti i delegati degli Ordini, liberi poi nella votazione di seguire o meno le direttive sindacali.

GIGLIOLI, pure della Commissione straordinaria, accenna al concetto che la Commissione si pose al lavoro opinando che la Federazione potesse es-

sere presentata ancora come un organo vitale alla discussione degli Ordini e non che fosse destinata alla distruzione prima ancora della discussione. Protesta per la dignità di tutti i medici contro ogni tentativo che possa troncare o rendere vana un'alta e serena discussione sopra argomenti di vitale interesse per la classe medica e dichiara infine di non riconoscere alcuna autorità della Commissione delegata dal libero voto del Congresso.

Dopo alcune osservazioni in proposito, il Presidente chiarisce che la detta circolare non deve ritenersi rigorosamente applicata perchè è nell'interesse di tutti di non soffocare la discussione senza approfondire la questione e senza rendere vano lo scopo del Congresso nel quale ciascuno può con la parola esporre la propria idea.

È approvata a maggioranza il prosieguo della discussione.

Ha la parola Pasinetti che esprime la sorpresa avuta dopo la lettura della circolare Fioretti. Egli, che pur consente con l'attuale Governo, si è domandato, nella qualità di Presidente di un Ordine, come provvedere a vigilare l'indipendenza dell'Ordine compiendo un atto che verrebbe a porre l'Ordine sotto un partito politico? Ad un Sindacato possiamo iscriverci, all'Ordine dobbiamo. Ed allora come possiamo pensare che la direzione di esso sia politica?

Non ho trovato che la legge possa imporre che un Ordine sia retto da un partito. Ritiene dannoso il voler distruggere una Federazione che non vuole essere contraria a nessuno, nè al Governo nè ad altri; mentre intende unire la classe medica in tutto ciò che vi è di elevato.

Campoli premette che l'Ordine di Caserta non si distacca dalla Federazione. Accenna alla sua opinione sull'argomento, e ai motivi per cui ha creduto dimettersi da membro della Commissione straordinaria. In seno a questa si erano formate tre tendenze: l'una proponeva lo scioglimento della Federazione, una seconda che la Federazione continuasse ad esistere facendo opera di collegamento con le Corporazioni sanitarie; una terza, cui ho partecipato, voleva bandita ogni azione sindacale, ritenendo che essendovi largo margine di lavoro la Federazione potesse continuare ad esistere con proficua attività per tutte le categorie. Accenna alle conclusioni note proposte dalla Commissione straordinaria e ritiene che la discussione su questo importante argomento abbia ben raggiunto lo scopo di dissipare ogni dubbio che l'esistenza della Federazione possa invadere il campo delle Corporazioni. Conclude che ritiene difficile la permanenza in vita della Federazione poichè, avuto riguardo agli Ordini già distaccati e agli Ordini che si distaccheranno, tale organismo non rappresenterebbe tutta la classe sanitaria.

Arrigoni ritiene inutile la Federazione se non possa svolgere azione sindacale.

Della Cioppa ritiene che la circolare Fioretti sia stata interpretata in un modo diverso dalle intenzioni del compilatore, che naturalmente si è rivolto ai propri Sindacati, svolgendo naturale opera di propaganda.

Replica Giglioli richiamandosi allo spirito informativo della legge sugli Ordini. L'Ordine è un organo formato da individui obbligatoriamente iscritti con funzione di magistratura, attributo morale che deve essere legato alla più assoluta indipendenza perchè i membri una volta eletti debbono spogliarsi di ogni loro carattere di provenienza e debbono pensare all'indipendenza di tutti i colleghi iscritti all'Ordine. La Federazione rappresenta questo massimo organo di collegamento, indipendente, e non è giusto distruggere quest'organo nazionale che può esercitare una azione morale di pacificazione considerando che molti medici non sono sindacati. Esprime l'opinione che il togliere questa unione nazionale degli Ordini dei medici verrebbe a diminuire la posizione di tutta la classe nella Nazione costituendo un pericolo per il futuro.

Garosci fa rilevare che gli Ordini hanno mansioni sindacali nonostante l'art. 3 della legge. Tale appunto la facoltà di stabilire le tariffe per i medici condotti nelle prestazioni agli abbienti; così la funzione rappresentativa nel Consiglio provinciale sanitario e nel Consiglio superiore di sanità. Esaminando la relazione morale del collega Fatichi illustra il concetto della necessità della permanenza in vita della Federazione; a conclusione delle idee svolte presenta anche a nome di altri colleghi il seguente ordine del giorno:

« Il Congresso riconosciuta la necessità di un organismo che comprenda tutti i medici esercenti nel Regno; ritenuto che a questa necessità corrisponda l'esistenza della Federazione degli Ordini dei medici, delibera di consolidare la vita della Federazione e passa alla discussione degli articoli che riguardano gli scopi di questo organismo ».

L'o. del g. viene firmato altresì dai colleghi Pinaroli, Giglioli, Gallenga, Pasinetti.

Cezza per l'Ordine di Benevento dichiara che ha avuto mandato di sostenere la vita di una Federazione asindacale, ma non agnostica, la quale deve essere fiancheggiatrice dell'azione dei medici di categoria.

Bentivegna di Palermo trova superfluo la preoccupazione se il nuovo organo debba svolgere o meno iniziative sindacali: importa solo che esso abbia attributi di capacità e di vitalità.

Vacino, presidente dei medici condotti, opina che la Federazione per essere valorizzata non deve ottenere dalla discussione una semplice affermazione di principio ma un unisono di sentimenti e di voti; ciò che non pare risulti allo stato attuale perchè dopo sei mesi di discussione non vi è ancora un netto indirizzo, donde consegue che la Federazione si renderebbe perfettamente inutile.

Il presidente dà comunicazione che gli Ordini di Zara e di Udine hanno inviato la loro adesione.

Garosci dà chiarimenti sulla portata dell'ordine del giorno presentato.

Salvi presenta un altro ordine del giorno che non è la negazione di quello del collega Garosci.

Segue animata discussione cui partecipano i colleghi Giglioli, Fatichi, Riva, Gallenga ed altri in merito principalmente allo spirito dell'ordine del giorno Garosci.

Chiusa la discussione generale, il presidente, dopo nuova lettura, pone ai voti l'ordine del giorno Garosci che ha la precedenza.

Il risultato della votazione è il seguente:

Alessandria 4, no; Ancona 3, astenuto; Aquila 3, sì; Arezzo 2, sì; Ascoli Piceno 22, astenuto; Avellino, assente; Bari 4, sì; Belluno 2, sì; Bergamo 3, astenuto; Benevento 2, sì; Bologna 6, 5, no; 1, sì; Brescia 3, 2, sì; 1, astenuto; Cagliari, assente; Caltanissetta, assente; Campobasso 3, sì; Caserta 4, sì; Catania 5, sì; Catanzaro, assente; Chieti 3, sì; Como 3, sì; Cosenza 4, no; Cremona, assente; Cuneo 3, no; Ferrara 2, sì; Firenze 5, no; Foggia 3, sì; Forlì 2, no; Genova 7, astenuto; Girgenti 3, sì; Grosseto, assente; Istria, assente; Lecce, assente; Livorno 2, sì; Lucca, assente; Macerata 3, sì; Mantova 3, no; Massa 2, no; Messina 3, no; Milano 6, no; Modena 3, 2, sì; 1, no; Napoli 12, no; Novara 4, no; Padova, assente; Palermo 5, sì; Parma 3, 2, no; 1, sì; Pavia 5; Perugia 3, sì; Pesaro e Urbino 2, no; Piacenza 2, 1, sì; 1, no; Pisa, assente; Imperia 2, sì; Potenza, assente; Ravenna 2, no; R. Calabria 3, sì; R. Emilia 3, no; Roma 11, sì; Rovigo 2, sì; Salerno 4, astenuti; Sassari 3, astenuti; Siena 3, astenuti; Siracusa 3, no; Sondrio 2, sì; Teramo, assente; Torino 8, sì; Trapani 3, sì; Trento 4, sì; Treviso 2, astenuto; Trieste 3, 2, sì; 1, no; Udine, assente; Venezia 3, sì; Verona 3, no; Vicenza 3, sì; Zara, assente; Spezia 2, sì; Taranto, assente; Padova ha dichiarato che, presente, avrebbe votato per il sì; Udine, Zara e Teramo hanno telegrafato per il mantenimento della Federazione.

La proposta di ritener nullo il voto di n. 2 Commissari prefettizi rappresentanti di due Ordini, viene ritirata.

Il presidente proclama l'esito della votazione sull'ordine del giorno Garosci. Hanno risposto sì, 104 voti; hanno risposto no, 74 voti; si sono astenuti 28 voti.

Seguono varie dichiarazioni di voto e personali e viene chiaramente confermato che non si deve credere che il voto favorevole alla Federazione possa avere comunque carattere politico e tanto meno contro il partito di Governo.

GALLENGA dichiara che nella discussione e nello studio della riforma niuno ha mai avuto a guida alcun concetto di antifascismo, o di antisindacalismo. Si è sostenuto invece il principio che la classe medica ha lo stesso diritto ad una organizzazione nazionale come lo ha la categoria dei medici condotti. L'esistenza della Federazione non può avere alcun carattere antisindacale o antinazionale.

L'ordine del giorno reca: «Relazione finanziaria» che viene esposta dal consigliere tesoriere prof. GALLENGA. Per la diminuzione degli oneri che gravavano sul bilancio federale (spese del Congresso, del Bollettino, ecc.), la quota per ogni inscritto viene ridotta a lire 2.

La relazione è approvata all'unanimità e si passa alle «Modificazioni dello Statuto e del Regolamento federale».

Dopo chiarimenti sul limite dell'azione sindacale, sulla rappresentanza di categoria nel Consiglio federale, sul diritto a numero di voti ai vari Ordini, le modificazioni proposte vengono approvate in blocco.

Dopo questo voto i delegati degli Ordini di Ravenna, Genova, Lucca, Girgenti, Salerno e Sassari dichiarano ritenere possibile l'adesione alla Federazione.

Sul capitolo riguardante il contratto con l'editore per il giornale «La Federazione Medica», dopo l'esame delle varie onerose condizioni contrattuali, il Congresso vota la soppressione del Bollettino stesso col 31 dicembre p. v. dando mandato al nuovo Consiglio di studiare il modo migliore per dare ai consoci le comunicazioni federali.

Viene approvato all'unanimità il seguente telegramma al prof. Silvagni:

«Congresso Federazione Ordini medici ricordando con riconoscenza opera da voi prestata interesse classe, vi invia caldo affettuoso saluto.

F.to: G. B. Buglioni».

Il Congresso dopo avere inviato un reverente omaggio alla memoria dei gloriosi caduti nella grande guerra, alla vigilia della celebrazione del grandioso sacrificio, passa all'elezione del Consiglio federale.

Alla unanimità vengono proclamati: Gallenga Pietro (Roma), presidente; Bentivegna Antonino (Palermo), Pinaroli Guido (Torino), Riva Domenico (Brescia), Giglioli Guido (Firenze), Buglioni G. B. (Alatri), Follieri (Foggia), consiglieri.

MEDICINA SOCIALE.

Costituzione della Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale.

Il 19 ottobre, nella Sala del Consiglio Provinciale di Bologna, si è costituita *La Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale*. Sono intervenuti i delegati delle Sezioni Regionali, già costituite o in via di costituzione: Antonini, Medea, Corberi per la Lombardia; Alberti, Cappelletti, Tumiati per il Veneto; Amaldi, Zalla per la Toscana; Tambroni di Ferrara; Modena di Ancona; Baroncini, Figna, Zuccari di Imola; Ferrari e Pellacani di Bologna; Ettore Levi di Roma, Direttore dell'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale, sotto i cui auspici si svolgerà l'azione della costituita Lega per l'Igiene e la Profilassi Mentale.

Ai Congressisti ospitati, ha portato il saluto dell'Amministrazione provinciale il comm. Turchi, presidente della Deputazione ed il prof. Brugia, deputato provinciale, ha presenziato i lavori del Congresso. Questi si sono svolti sotto la presidenza del prof. Ferrari, e, dopo esauriente discussione, hanno portato alla costituzione della Lega, che ha fini nazionali, e che entrerà a far parte della Federazione internazionale. La sede della Lega fu stabilita in Roma; presso l'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza e Assistenza sociale (Via Minghetti, 17 - Palazzo Sciarra - Roma (1). Il giornale di questo, *La Difesa Sociale* e la *Voce Sanitaria di Venezia*, co-

stituiranno gli organi di questa nuova Istituzione nazionale.

Furono eletti presidenti onorari il Senatore L. Bianchi ed i professori E. Morselli e Tanzi. Al Consiglio di presidenza effettiva furono designati i professori Ferrari, Levi e Medea; e faranno parte del Consiglio di presidenza i presidenti dei Comitati regionali. Segretario: il prof. G. Pellacani.

I delegati convenuti da ogni parte d'Italia, discussero a lungo e poi concretarono le finalità della nuova Lega, che appaiono qui riassunte:

1) Ricercare, raccogliere e vagliare informazioni documenti, ecc. Condurre e provocare inchieste, indagini, ricerche, ecc., sulle cause delle malattie mentali, sui danni morali ed economici che da esse derivano all'individuo ed alla comunità, sulle provvidenze legislative e di medicina preventiva atte a correggere tali cause e ad evitare tali danni.

2) Fare opera di propaganda estesa, energica, continuativa, degli elementi informativi così raccolti e debitamente elaborati: propaganda da esercitarsi, a scopo di stimolo, sulle classi dirigenti e nelle sfere politiche; a scopo educativo, ovunque si può influire sulle masse (scuola, opificio, caserma, comunità agrarie, centri emigratori, ecc.).

3) Coordinare l'azione della Lega a quella degli Enti pubblici o private associazioni nazionali o regionali, che conducono campagne affini (alcoolismo, malattie veneree, deficienza intellettuale e morale dei giovani e degli adulti), con speciale riguardo alla prevenzione della criminalità.

4) Provocare la cooperazione degli insegnanti, medici scolastici e vigilatrici scolastiche, per la tempestiva selezione dei fanciulli predisposti a tali malattie; ed esercitare analoga azione negli ambienti operai e militari.

5) Cooperare alla preparazione del personale specializzato (assistenti sanitarie e sociali) per questa speciale forma di profilassi.

6) Promuovere nelle Amministrazioni provinciali e dagli Enti pubblici e privati, l'istituzione di Dispensari per la diagnosi precoce e cura ambulatoria dei predisposti alle malattie nervose e mentali, dei malati iniziali e dei precocemente dimessi dagli Ospedali psichiatrici.

7) Promuovere dagli stessi Enti la istituzione di reparti aperti e di tutte quelle modificazioni dell'assistenza psichiatrica, utili ai fini della profilassi e cura delle malattie mentali.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AREZZO. *Ospedale V. E. III.* — Alle 12 del 15 dic., med.-chir. assistente. Età mass. 35. Alloggio; vitto nei giorni di guardia (alterni). L. 5000 e c.-v. Tassa L. 50. Chiedere annunzio.

CAPOLIVERI (*Livorno*). — Scad. 30 nov. L. 7680 e c. v.

CODOGNO (*Milano*). *Ospedale Civile.* — Chirurgo primario. Vedi fasc. 44. Scad. 30 novembre.

CRESPINO (*Rovigo*). — 2° reparto. Proroga al 6 dic.

FABRICA DI ROMA (*Roma*). — A tutto il 30 nov. L. 9000 per 2000 pov., 5 quadrienni decimo, c.-v., L. 300 uff. san. Tassa L. 50,10 all'Esattore. Serv. entro 10 gg. (*sic*).

FANO (*Pesaro Urbino*). — Condotta urbana di Ponente (rione del Porto); L. 7500 e 10 bienni ventesimo; addiz. L. 3 oltre i 1500 pov. (salvo approvazione). Ab. 4500; pov. 1500. Età lim. 40. Tassa L. 50.10. Scad. 30 nov. Accettaz. entro 5 giorni; assunzione servizio entro 20 giorni.

FOJANO DELLA CHIANA (*Arezzo*). — Terza cond.; L. 9000 fino a 1200 pov.; addiz. L. 2; 4 quadr. decimo; L. 3000 cav.; c.-v. Scad. ore 16 del 15 dicembre. Serv. entro 15 giorni.

FORMIA (*Caserta*). — Abit. 10,279. Stazione climatico-balneare. Scad. 30 nov. ore 12. L. 6500 e 5 quadrienni dec. Punti esame laurea. Chiedere avviso.

GENOVA. *Associazione Nazionale Medici Marina Mercantile.* — Concorso tra gli associati che vogliano coprire posti di medico fisso sui piroscafi della Compagnia di Navigaz. «Lloyd Triestino». Vedi fasc. 43. Scad. 1 dicembre.

LECCE. *Amministrazione Provinciale.* — Due medici di reparto del Manicomio. Vedi fasc. 43. Scad. ore 12 del 30 novembre.

PAMPARATO (*Cuneo*). — L. 4000 (*sic*), oltre L. 1200 p. trasp. e L. 500 uff. san., elevabili al minimo che stabilirà la G. P. A. con le nuove tabelle.

POCAPAGLIA (Cuneo). — Scad. 30 nov. L. 4000 (*sic*), oltre L. 500 uff. san. e L. 350 dalla Congregazione di Carità. Tassa conc. L. 50.

POFI (*Roma*). — 2ª cond., rurale; L. 7500 e 5 quadrienni dec. Scad. ore 10 del 30 nov. Ab. 3500.

PRATELLA (*Caserta*). — Scad. 30 nov. Età lim. 40; nessun limite per i concorrenti che prestano o abbiano prestato servizio in altre condotte o in ospedali. L. 8000 e 5 quadrienni decimo, oltre L. 500 uff. san. Chiedere annunzio.

RODDI (*Cuneo*). — Consor. con Grinzane Cavour; L. 4000 (*sic*) e 4 quinquenni decimo; p. trasp. lire 1500; p. uff. san. L. 500. Scad. ore 18 del 28 nov.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Conc. per esami a 30 posti di assistente medico-chirurgo. Scad. ore 15 del 30 nov. Età limite 30. Tassa di L. 50, non reperibile, al Tesoriere. Stip. L. 4500. Per le altre condizioni chiedere annunzio alla Segreteria Generale.

Conc. per esami e titoli a 18 aiuti medici e 7 aiuti chirurghi. Scad. ore 15 del 30 nov. Età limite 39. Tassa di L. 100 non reperebile. Stipendio L. 7300. Biennio di assistentato o servizio militare ed opzione; certificato di promuovibilità. Iscri-

zione in un Ordine. Per le altre condizioni chiedere annunzio alla Segreteria Generale.

SARTEANO (*Siena*). — Scad. 30 nov.; 2ª cond.; L. 6500 oltre c.-v. e L. 2500 cav.

S. GIOVANNI ILARIONE (*Vicenza*). — Scad. 30 nov. Stip. L. 8000 per circa 800 pov; c.-v. in L. 1200; quota d'integraz. dal 15 al 20 % dello stip.; L. 600 uff. san.; L. 3600 cav.

S. VITTORE OLONA (*Milano*). — Scad. 30 nov. Stip. L. 7000 e c.-v. in L. 1200 (salvo approvaz. dell'autorità tutoria); per uff. san. L. 500; per bicicl. L. 300. Tassa conc. L. 50.

TORINO. *Ospedale Sanitario S. Luigi*. — Chirurgo assistente; L. 5000. Domande alla Direzione (via Garibaldi, 23).

VENEZIA. — Medico comunale pel 1° reparto della fraz. di Burano; stip. L. 8500 e 4 quinquenni decimo; c.-v.; L. 1000 trasp. Età lim. 40. Tre anni di esercizio condizionati. A tutto 5 dic. Il comune si riserva di assumere informazioni dirette sul conto dei concorrenti e di escluderli eventualmente dal concorso senza obbligo d'indicarne i motivi. Per le altre condizioni chiedere annunzio.

VERONA. *Ospizio Esposti della Provincia*. — Medico aggiunto; titoli; L. 8000 e due c.-v., dedotte L. 65 mensili. Scad. ore 17 del 30 nov. Età mass. 45. Triennio di condotta od ospedale o biennio in brefotrofi. Tassa L. 50.05 al tesoriere. Assunzione posto entro 15 giorni dalla nomina

CONCORSI A PREMIO.

BOLOGNA. *Istituto Ortopedico Rizzoli*. — Premio Umberto I. Vedi fasc. 30. Scad. 31 dicembre 1924.

BOLOGNA. *R. Accademia delle Scienze*. — Fondazione S. Pozzi. Vedi fasc. 7. Scad. 31 dic. 1924.

FILADELFIA. *Collegio dei Medici*. — Premio Alverenga, dell'importo di 300 dollari, su qualsiasi argomento della medicina. Memorie dattiloscritte in inglese pubblicabile. Il premio precedente è stato assegnato al dott. L. Ameron di Vittorio (Australia) per il suo studio « Anomalie pancreatiche ». Scad. 1 mag. 1925. Per informazioni rivolgersi a: John H. Girvin, Secretary of the College of Physicians, 19 South 22d Street, Philadelphia, Pa. (S. U. d'America).

FIRENZE. *R. Università*. — Premio Dessy. Vedi fasc. 43. Scad. 30 giu. 1925.

FIRENZE. *Società Italiana di Pediatria*. — Quattro premi della Fondazione Mantovani. Vedi fasc. 32. Scad. 31 dicembre 1924.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — Premio De Vincenti. Vedi fasc. 39. Scad. ore 12 del 31 dic. 1924.

MILANO. *Municipio*. — Due premi della Fondazione dott. A. Beretta. Vedi fasc. 15. Scad ore 12 del 28 feb. 1926.

MILANO. *R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere*. — Due premi della Fondazione Fossati. Scadenza ore 15 del 1° apr. 1925 e ore 15 del 31 dic. 1926. — Premio della Fondazione Ernesto De Angeli. Scad. ore 15 del 31 dic. 1926. Vedi fasc. 17.

MILANO. *R. Università*. — Cinque posti della fondazione Mangiagalli e uno della fondazione Siccardi. Vedi fasc. 42. Scad. 30 nov. 1924.

MODENA. *R. Università*. — Premi Riccardo Luzzatto e Alfredo Simonini. Vedi fasc. 19.

NAPOLI. *R. Università*. — È bandito un concorso per due premi «Arena» di Clinica Medica, per l'importo di lire 1000 ciascuno, da assegnarsi ai migliori lavori sperimentali sui temi: «L'ammoniaca dell'urina nelle malattie del ricambio» e «Importanza dei lipoidi nell'organismo» rispettivamente. Possono concorrere i laureati italiani in medicina e chirurgia o in chimica pura degli anni 1923 e 1924, che abbiano riportato nell'esame di laurea voti assoluti e superato, se medici, l'esame di chimica fisiologica o di chimica clinica. La Commissione esaminatrice è composta dai proff. Bottazzi, Lo Monaco e Quagliarello.

I candidati debbono inviare i lavori, inediti e dattilografati, al prof. Bottazzi, Direttore dell'Istituto di Fisiologia in Napoli, S. Andrea delle Dame, 21, con le solite norme. Il concorso scade il 31 dicembre 1925.

ROMA. *Associazione Italiana per l'Igiene*. — Premi per opuscoli di propaganda. Vedi fasc. 39. Scad. 15 gen. 1925.

ROMA. *Ministero della Guerra*. — Premio Riberi. Vedi fasc. 8. Scad. 31 dic. 1924.

ROMA. *Reale Accademia dei Lincei*. — Due premi offerti dall'Istituto d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale; vedi fas. 24. Scad. 30 sett. 1926.

ROMA. *R. Università*. — Due posti della *Fondaz. Rolli*. Scad. 40 giorni dal 25 ott. — Tre posti della *Fondaz. Maggi*. Scad. ore 12 del 25 dic. — Nove premi della *Fondaz. Rolli*. Scad. ore 12 dell'11 dic. Vedi fasc. 43.

ROMA. *R. Università*. — Premio Baccelli al merito clinico. Vedi fasc. 46. Scad. 15 dic. 1924.

ROMA. *R. Università*. — Due premi di fondazione Girolami. Scad. 31 dic. 1924.

ROMA. *Società Italiana di Medicina Interna*. — Due premi ditta Hoffmann-La Roche. Vedi fasc. 15. Scad. ore 16 del 31 dic. 1924 e del 31 dic. 1925.

TORINO. *R. Accad. di Medicina*. — Premio Riberi. Vedi fasc. 33 del 1923. Scad. 31 dic. 1927.

CONCORSI PER LE CATTEDRE UNIVERSITARIE VACANTI.

Il Ministero della P. I., col Bollettino Ufficiale n. 45, ha bandito i seguenti concorsi:

CATANIA: Fisiologia; Anatomia patologica; Clinica dermosifilopatica. — PISA: Clinica dermosifilopatica.

Col Bollettino n. 46 sono stati banditi i seguenti:

BARI: Patologia generale. — CAGLIARI: Patologia generale; Fisiologia; Anatomia patologica; Clinica dermosifilopatica; Clinica pediatrica. — MESSINA: Fisiologia; Patologia speciale medica; id. chirurgica. — MODENA: Clinica medica. — PADOVA: Patologia speciale medica; id. chirurgica. — PAVIA: Radiologia, elettrologia e terapia fisica; Patologia speciale medica. — SASSARI: Zoologia; Anatomia comparata; Fisiologia; Patologia generale; Clinica dermosifilopatica; Clinica ostetrica; Anatomia umana normale ed istologia. — SIENA: Clinica oculistica; Zoologia ed anatomia comparata; Patologia speciale medica.

Le domande degli aspiranti debbono essere presentate entro il ventesimo giorno dalla data di pubblicazione nel Bollettino Ufficiale.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. sen. Ettore Marchiafava, è stato insignito del Gran Cordone della Corona d'Italia.

All'illustre Professore vadano i nostri più sentiti rallegramenti.

RICOMPENSE AL VALORE MILITARE.

Con regi decreti sono state conferite: la medaglia d'argento alla memoria del tenente medico dott. Domenico Gagliano da Fisciano (Salerno), caduto gloriosamente a Marsa Brega l'11 giugno 1923; e la medaglia di bronzo all'aspirante medico Vallerani Francesco per l'azione di Col del Gallo, 15 giugno 1918, ed al capitano medico Massone dott. Giacomo per le azioni in Tripolitania (Beni Ulid) maggio 1915-febbraio 1918.

L'on. dott. Raffaele Paolucci, medaglia d'oro, ha conseguito la libera docenza in patologia chirurgica dimostrativa.

Il dott. Domenico Tanturri, libero docente di oto-rino-laringoiatria presso la R. Università di Napoli, è nominato dal Governo francese cavaliere della Legion d'onore, per meriti scientifici.

Il prof. A. L. Bonanome di Roma è stato testè nominato membro corrispondente dell'Associazione Francese di Urologia nonchè di quella Portoghese.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Grande ufficiale: prof. Fabio Vitali, medico primario dell'Ospedale Civile di Venezia.

Commendatori: prof. Giovanni Orsi, ufficiale sanitario di Napoli; dott. Gesualdo La Rosa, ufficiale sanitario di Caltagirone (Catania).

PROFILI.

DAVIDE GIORDANO.

Il prof. Davide Giordano è nato a Courmayeur nel 1864. Ebbe la laurea in medicina nel 1887. Fino da studente attratto dall'amore per la Chirurgia nella quale doveva poi luminosamente brillare, comprese come l'esercizio della medicina fosse inseparabile da severi fondamenti scientifici, e si dedicò ad assidui studi negli Istituti di anatomia patologica e di bacteriologia, e già nel 1884 pubblicava il suo primo lavoro sulla settecemia e su alcuni antisettici. Esercitò per tre anni a Torre Pellice come medico dell'ospitale e della condotta, e nel 1891, fu chiamato dal prof. Novaro all' Univerità di Bologna con l'incarico della direzione del laboratorio annesso alla Clinica chirurgica e poi dell'insegnamento della Medicina operatoria.

Nel 1894 riuscì primo, fra molti e valorosi aspiranti, al concorso di Chirurgo primario all'ospitale civile di Venezia dove ebbe campo di esplicare la sua prodigiosa attività come clinico ed operatore portando valido contributo innovatore alla chirurgia con studi e con nuovi metodi operatorii.

Fu maestro valente ed apprezzato dai suoi assistenti e dei molti medici italiani ed anche esteri accorsi nella sua clinica per amore di apprendere. Alla scuola istituita all'ospitale di Venezia per la munificenza del prof. Minich le sue lezioni furono sempre affollate perchè alla parte scientifica e pratica Egli seppe unire la nota simpatica ed arguta.

Appassionato della storia della medicina possiede una biblioteca preziosa per opere rare e di grande valore degli antichi maestri della Medicina e della Filosofia.

Durante la guerra fu consulente della III armata, e dopo Caporetto assunse la direzione dell'ospitale di Venezia deciso a non abbandonare la sua seconda patria Venezia in caso di invasione nemica.

Come Sindaco e Commissario straordinario resse per quattro anni le sorti di Venezia, senza però trascurare il suo ospitale.

È da molti anni Membro del Reale Istituto Veneto di scienze, lettere, ed arti. È membro di molte Società ed Accademie scientifiche nazionali ed estere. Portò largo e prezioso contributo scientifico con poderose pubblicazioni e monografie fra le quali molte di storia della Medicina.

Come uomo e come professionista fu sempre apprezzato e stimato da tutti, ma specie dai colleghi per la sua grande rettitudine.

Tale è l'uomo che il Governo meritatamente insignì dell'alto onore di far parte del Senato, onorificenza che venne appresa specie dai colleghi di Venezia con sincera e viva soddisfazione.

A. DIAN.

NOTIZIE DIVERSE.

V Congresso internazionale della Storia della Medicina

È indetto a Ginevra dal 22 al 27 luglio 1925; il Comitato organizzatore comprende i dottori: Charles Greene Cumston, presidente; Ernest Wickerheimers e Andrea Corsini, vice-presidenti; A. De Peyer e Emile Thomas, segretari; Jules Pollard, tesoriere. Il programma, di prossima pubblicazione, può richiedersi alla segreteria generale: rue Général Dufour 20, Ginevra (Svizzera).

Congresso Francese di Stomatologia.

I lavori del Congresso annuale francese di Stomatologia furono iniziati il 21 ottobre u. s. a Parigi nel grande anfiteatro della Facoltà di Medicina sotto la presidenza del ministro della P. I. sig. François Albert. Notati i numerosi stomatologi belgi, portoghesi, spagnoli, olandesi e italiani, fra i quali il prof. dott. Arrigo Piperno di Roma, direttore de «La Stomatologia», delegato a rappresentare la Federazione Stomatologica Italiana. Nella seduta inaugurale, il Presidente del Comitato ordinatore, dott Chompret, emise il voto che l'arte dentaria fosse ormai riservata ai dottori in medicina, date le relazioni fra le affezioni della bocca e molte malattie generali e propose un telegramma, approvato fra entusiastici applausi, a S. E. Mussolini per la felice abrogazione della legge Gentile-Chiavaro. Il Ministro della P. I., sig. Albert, riprendendo l'idea espressa dal dott. Chompret, con una felice allocuzione disse: «Voi domandate, signori, l'obbligatorietà del diploma di Dottore in Medicina per coloro che vogliono dedicarsi alle malattie della bocca e dei denti. Non posso che felicitarmi per vedervi anelanti ad elevare verso più alti ideali la vostra scienza e la vostra arte. Io ho sempre avuto paura di vedere in tutte le branche dell'attività umana specialisti troppo specializzati e profitto della presenza, accanto a me, del prof. Roger, preside della Facoltà di medicina, per dichiarargli che i medici non avranno mai una coltura generale troppo estesa e che i medici specialisti non avranno mai una coltura medica troppo estesa».

Furono svolte importanti relazioni sulla patogenesi della carie dentaria e su i mezzi di espansione della volta palatina e delle arcate dentarie. Pratiche dimostrazioni operative ebbero luogo nei vari reparti stomatologici degli Ospedali di Parigi e nella scuola di Stomatologia di rue Dauphine.

Congresso francese di Oftalmologia.

La Società Francese di Oftalmologia indice il 38° Congresso a Bruxelles per l'11 maggio 1925 e seguenti. Il programma dovrà ancora essere fissato, ma si possono richiedere informazioni preliminari al segretario della Società, dott. R. Onfray, avenue de la Motte Picquet, Parigi.

Scuola Medica Ospitaliera di Roma.

Nell'anno scolastico 1924-1925 avranno luogo corsi di tirocinio clinico semestrali, con facoltà di frequenza per un trimestre, e corsi clinici e di tecniche speciali ad epoche fissate.

Potranno frequentarli i medici e gli studenti del 6° anno di medicina. Gli studenti del 5° anno sono ammessi ai soli corsi di medicina e chirurgia generale. Domanda al presidente, prof. R. Bastianelli. Tassa di iscrizione per ogni corso: L. 50 per i medici e L. 25 per gli studenti. Per i corsi di Anatomia patologica, tecniche di laboratorio e tecnica delle perizie medico-legali è dovuta una sopratassa di L. 25. Ai medici condotti residenti fuori di Roma sarà lecito frequentare i corsi suddetti per un periodo anche minore di quello stabilito, mai però per meno di 30 giorni. Si rilasciano certificati di frequenza. Chiedere programmi alla segreteria (Policlinico Umberto I, Roma).

"La Clinica Ostetrica".

Col 1925 la proprietà de «La Clinica Ostetrica» passa alla Casa Editrice Luigi Pozzi.

Il poderoso incremento avuto da «La Clinica Ostetrica» nel corso di un anno, ha resa manifesta la necessità che la gestione di questo periodico venisse assunta da una Ditta già trenata, in grado di accudirvi con perizia, solerzia e agilità. A tali requisiti risponde appieno la Casa Editrice retta dal cav. Luigi Pozzi, la quale costituisce un vanto del «Policlinico».

Il rapidissimo e quasi improvviso successo deve attribuirsi per la massima parte alla fervida operosità, alla mente animatrice e alle attitudini giornalistiche del prof. Gaifami, il quale continuerà a dare la sua opera preziosa al periodico. Egli ha saputo circondarsi di una eletta schiera di redattori ed ora provvederà a rafforzare la redazione con nuovi elementi selezionati.

Il giornale ha corrisposto ad un bisogno generalmente avvertito dai medici pratici, per i quali è della massima utilità di mantenersi in piena efficienza nell'esercizio corrente dell'ostetrica e della ginecologia.

Allo scopo di soddisfare sempre meglio questo *desideratum*, il giornale verrà sensibilmente ampliato: in tal modo potrà ospitare in maggior copia il ricco materiale che ad esso affluisce da ogni parte d'Italia e, sovratutto, potrà fare maggior posto alle recensioni, così da rispecchiare fedelmente e ampiamente i progressi che si compiono nel campo della specialità, in tutti i Paesi.

In compenso, la nuova Amministrazione chiede un mitissimo aumento nell'importo della quota di abbonamento, che per l'Italia da L. 20 verrà portato a L. 25 e, per l'Estero, da L. 25 a L. 35. Siamo sicuri che i vecchi e i nuovi abbonati troveranno equo ed accetteranno il modesto aumento, destinato a coprire le inevitabili maggiori spese cui l'Amministrazione andrà incontro.

Al rinnovato periodico arridano le migliori fortune. L. VERNEY.

La Sanità pubblica in sede di bilancio.

La relazione dell'on. Gatti, per la Giunta generale del bilancio, sullo stato di previsione della spesa del Ministero dell'Interno, per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1924 al 30 giugno 1925, per

quel che concerne la Sanità pubblica, rilevato che la legislazione italiana in materia è ottima, razionale e salda l'attuale organizzazione dei servizi e che una maggiore efficienza dell'attività dello Stato in questo campo dipende ormai, in massima parte, dalla disponibilità dei mezzi finanziari, constata che lo stato sanitario del Regno è andato sempre più migliorando, miglioramento che per la mortalità generale si verifica non solo in confronto degli anni immediatamente precedenti, ma anche di quelli dell'anteguerra.

Corsi di perfezionamento a Vienna.

Numerosi corsi di perfezionamento sono stati predisposti presso la Facoltà medica di Vienna, per l'anno scolastico 1924-25, a cura di un comitato presieduto dal prof. Wagner-Jauregg; si terranno in lingua tedesca (salvo alcuni in lingua inglese, ad iniziativa dell'American Medical Association» di Vienna); 4 corsi, di cui uno già iniziato, avranno carattere decisamente internazionale, e dureranno 14 giorni ciascuno. Chi ne ha interesse può rivolgersi al «Büro der Wiener Ärztekurse, Minerva Wissenschaftliche Buchhandlung Ges. M. B. H., Schösselgasse 22, Wien WIII/I. Si prega di usare il nome a stampiglia; richiedere il «libro giallo» (Gelbbuch).

Riforma degli studi medici in Francia.

Un decreto del 10 settembre 1924 modifica gli studi medici. Notiamo che il corso dura cinque anni, oltre un anno preparatorio di scienze fisiche, chimiche e naturali. In tutti e cinque gli anni è obbligatoria l'assistenza nelle cliniche od ospedali per la durata di 9 mesi ogni anno. Sono obbligatori gli insegnamenti della batteriologia e degli elementi di parassitologia. L'insegnamento di terapia e farmacologia comprende anche l'idrologia. Le votazioni degli esami sono in numero di cinque (benissimo, bene, discreto, mediocre, cattivo).

Corso teorico-pratico per infermieri di bordo.

Per disposizione del Ministero dell'Interno — Direzione Generale della Sanità — è stato organizzato a Genova un corso prevalentemente pratico per l'abilitazione alle mansioni d'infermieri e d'infermiere di bordo. Il corso si è iniziato il 5 novembre e avrà la durata di tre mesi.

Per un istituto di Patologia a Cambridge.

La Fondazione Rockefeller aveva offerto 100,000 sterline, pari ad oltre 10 milioni di lire it., per erigere una Scuola di Patologia a Cambridge, e 33,000 sterline per provvedere alla manutenzione di essa; ma aveva posto la condizione che fosse offerta da altri la somma di 33,000 sterline, per contribuire alla manutenzione. L'invito è stato accolto dal sig. Ernest Gates di York. L'Università di Cambridge verrà dunque dotata di un istituto scientifico di primissimo ordine.

Esposizione d'igiene a Vienna.

Doveva aver luogo in ottobre p. p., ma è stata rimandata all'aprile del 1925.

Onoranze al prof. Putti.

Il 26 ottobre nell'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna ebbe luogo una solenne riunione, indetta da un Comitato cittadino per onorare Vittorio Putti, ordinario di Clinica ortopedica all'Università di Bologna e direttore dell'Istituto. Intervennero alte autorità; il Governo era rappresentato dal sottosegretario on. Grandi. Parlarono l'assessore anziano del Comune dott. Roversi per il sindaco, assente; il comm. Torchi, presidente della Deputazione provinciale, da cui dipende l'Istituto Rizzoli; l'on. Grandi; il prof. Pini, segretario del Comitato, che lesse le adesioni: il gen. Goggio a nome del gen. Sani: un mutilato. Tutti inneggiarono al sommo cittadino che ha tante benemerenze verso la Scienza e l'Umanità e che all'Estero degnamente illustra la Patria. Modestamente rispose il festeggiato, dicendosi lieto solo di aver compiuto il suo dovere e tracciando il programma che egli intende, con tenacia, di perseguire.

Il sen. Albertoni invitato in America.

Il prof. L. B. Mendel, direttore del «Seffield Laboratory of Physiological Chemistry» nella Università di Yale, ha scritto al sen. Albertoni, in occasione delle onoranze tributate al fisiologo italiano per il collocamento a riposo, invitandolo a continuare i suoi studi in America, e assicurandogli la migliore ospitalità. Questo invito costituisce un ammonimento per noi, che priviamo i nostri Atenei di uomini sommi nella pienezza delle forze mentali e atti a contribuire efficacemente ai progressi del sapere.

Il dott. Simmons.

Il dott. George H. Simmons, che per oltre un venticinquennio è stato redattore-capo (editor) del «Journal of the American Medical Association», ha rassegnato le dimissioni. Gli è stata conferita la nomina di «editor» emerito.

Al Simmons si deve la fondazione della grandiosa Associazione Medica Americana e del «Journal» il quale da lui è stato portato a una grande efficienza e perfezione. Egli ha avuto molta parte nel fare elevare l'insegnamento e il livello colturale dei medici negli Stati Uniti; ha condotto una campagna coraggiosa e metodica contro i rimedi ciarlataneschi.

Il Simmons è partito per un viaggio nella vecchia Europa.

Gaetano Ciarrocchi.

La mattina del 14 novembre, mentre si recava a quel Nosocomio di S. Gallicano, che fu per tanti anni l'oggetto delle sue cure assidue, il prof. Gaetano Ciarrocchi veniva colto da improvviso malore e, nonostante le amorose cure dei suoi assistenti, moriva poco dopo, per paralisi cardiaca nell'Ospedale stesso.

Scompare con Lui, una delle più insigni figure di dermosifilografi, che alla scienza aveva dato le sue migliori energie. Nato nel 1857 a S. Elpidio a Mare, si laureò giovanissimo a Roma e fu nei

primi tempi assistente e poi aiuto di Guido Baccelli. Dedicatosi più tardi alla dermosifilopatia, venne nominato, in seguito a pubblico concorso, Direttore dell'Arcispedale di S. Maria e S. Gallicano.

Fra i numerosi lavori che lo resero noto nel mondo scientifico, sono da menzionarsi particolarmente quelli sulle tigne, argomento da Lui molto studiato, tanto che nel Congresso internazionale di Roma, del 1911, di cui fu organizzatore, riferì su 5 mila casi trattati con la radioterapia. Citiamo inoltre, i lavori sulla «Dermatite dello spazio interdigitale», che da Lui prese nome, sull'Area Celsi, ecc.

Ma l'attività più fervida, la dedicò sempre al «suo» ospedale che seppe condurre ad una perfetta organizzazione, impiantando, fra l'altro con i suoi mezzi fin dal 1906, un Gabinetto di radioterapia per la cura delle tigne. Notevole fu il contributo all'assillante problema della profilassi antiluetica, che Egli sempre sostenne doversi impostare essenzialmente sulla cura, concetto che le tendenze moderne vengono a confermare. E dei metodi moderni di cura con gli arsenobenzoli, fu fin dall'inizio assertore, recandosi espressamente nel 1910, presso la scuola di Ehrlich, allo scopo di studiarne l'applicazione pratica.

Meno conosciuta che l'opera dello scienziato, è la nobile figura dell'Uomo, vero apostolo benefico, che ha compiuto in un silenzio quasi mistico tante opere di carità e che, fra i malati a cui aveva prodigato tante cure, è venuto a morire come un soldato sulla breccia.

Nel disastro ferroviario di Santa Margherita Ligure, avvenuto l'8 ottobre, trovava la morte il prof. gr. uff. GUSTAVO PADOA.

Il Padoa si era formato alla scuola del Grocco, sotto la cui guida egli compì interessanti studi clinici. La solida reputazione acquistata nel campo medico, le spiccate attitudini amministrative e l'attività esplicata nella politica lo condussero all'assessorato per l'igiene del comune di Firenze, posto che egli tenne a lungo, contribuendo in modo efficace alla soluzione del problema idrico, alla difesa igienica ed all'assistenza sanitaria della città.

Nominato direttore delle Terme di Porretta, aveva consacrato a questo incarico le sue migliori energie. La sua fine ha destato un vivo rimpianto.

F. I.

Si è spetto in Roma il dott. RAFFAELE ANTONINO SCARANO, una delle figure più pure di medico.

Nella guerra libica, negli ospedaletti avanzati della grande guerra, fra le macerie dei terremoti, nei casolari sperduti nell'Agro fra i quali visse lunghi anni come medico condotto, Egli prodigò sempre, con i sussidi del sapere, quella assistenza amorosa, che è parte integrante della elevata opera del medico. Durante un'epidemia svoltasi parecchi anni or sono in Roma, fu medico del lazzaretto, dedicandosi tutto, come ad una missione, per un tempo non breve, a quella vita piena di pericoli e di sacrificio.

Minato purtroppo da un male, a cui un intervento operatorio aveva data una sosta illusoria, sopportò con tranquillo stoicismo le atroci sofferenze, conservando fino agli ultimi istanti una lucidità di mente ed una serenità di spirito, che strappavano le lacrime a chi lo assisteva.

Dai malati e dagli amici, a cui aveva versato il bene a piene mani, si ebbe rispondenza d'affetto. Lo dimostrò l'offerta di una medaglia d'oro, fattagli dalla popolazione dopo l'epidemia di influenza. Lo dimostrarono anche i funerali, ai quali intervenne, con una profusione di fiori, un vero stuolo, non solo di amici e di colleghi, ma anche di umili lavoratori, che avevano abbandonato il lavoro dei campi lontani, per portare un ultimo tributo di affetto e di gratitudine, al loro «buon Dottore».

Brevi, ma profondamente commosse parole pronunciarono il prof. Pecori, il dott. Trulli, il dott. Bisso, colonnello della C. R. I ed altri, esaltando l'opera ed il carattere dell'amico scomparso.

A. F.

È morto improvvisamente, a 65 anni, in seguito a un intervento chirurgico, il prof. FERDINANDO SCHULTZE, uno dei più reputati chirurghi ortopedisti. Il suo trattamento delle fratture dell'arto inferiore è basato su rigorosi reperti anatomopatologici. Gli andiamo debitori di un eccellente «tavolo operatorio ortopedico». Ha portato utili contributi anche alla chirurgia generale. Lascia una sessantina di apprezzate pubblicazioni, di varia mole. Dell'ortopedia seppe fare una scienza ed un'arte.

C. R.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Off. Tip. Sandron. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXXI Roma, 1° Dicembre 1924 Fasc. 48

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. CLINICA PEDIATRICA DI PADOVA
Direttore: Prof. GUIDO BERGHINZ.

Nuove prove di immunizzazione attiva contro la difterite

per il dott. ANTONIO BACCICHETTI, ass. effettivo.

Continuando ad occuparmi dell'argomento della profilassi antidifterica di cui già furono oggetto due miei precedenti lavori (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, n. 91, anno 1922; e la *Clinica Pediatrica*, anno V, fasc. X) ed essendo convinto che solo l'introduzione sistematizzata della vaccinazione antidifterica, sopratutto nei centri più colpiti da questa forma infettiva, sia l' unica arma efficace, riferisco brevemente intorno a nuove prove di immunizzazione attiva che col consenso del nostro direttore prof. Berghinz ho potuto praticare nel corrente anno su bambini della R. Clinica Pediatrica di Padova.

Certo avrei desiderato poter riportare, come hanno fatto in America statistiche numerose, ma fino a che non sarà entrata la vaccinazione antidifterica nel dominio comune e fino a che non si saranno vinte le diffidenze dei profani ed anche dei Sanitari bisognerà accontentarsi di casi limitati e saggiare l'avvenuta immunità anzichè con la prova dell'esposizione naturale al contagio con la prova della reazione di Schick. Certo fa meraviglia che già trascorsi due anni dal Congresso di Pediatria di Milano (ottobre 1922) in cui l'argomento era stato profondamente studiato e sembrava aver suscitato vivo interessamento non si siano avuti che pochi studi in proposito.

Del resto quando si pensi quante difficoltà incontra ancora la vaccinazione Jeneriana nonostante la sua evidente efficacia e la paura tra i profani del vajolo non c'è da stupirsi che ciò succeda per la vaccinazione antidifterica.

Ho dovuto quindi accontentarmi di vaccinare bambini degenti nella R. Clinica Pediatrica e qualcuno che volontariamente si sottometteva ambulatoriamente alla vaccinazione. Sono così riuscito a vaccinare dal 1° novembre 1923 al 1° marzo 1924 n. 73 bambini tra i 4 1/2 mesi e gli 11 anni d'età. Essi furono scelti su 140 bambini a cui praticata la Schick riuscì positiva.

Materiale non certo il più adatto perchè costituito da convalescenti o da affetti da forme croniche e quindi in condizioni di inferiorità

rispetto a bambini sani e ciò spiega l'alta percentuale avuta di reazioni di Schick positive.

Se però l'aver trattato bambini deperiti può sembrare una condizione sfavorevole per la prova di una vaccinazione che si vuole introdurre, rappresenta anche un vantaggio permettendo di constatare come reagiscono alla inoculazione del vaccino bambini nei quali la difterite fa il maggior numero di vittime, sia come morbilità che mortalità, perchè più esposti al contagio per le speciali condizioni d'ambiente in cui vivono e con scarsa resistenza alle malattie perchè tarati.

Ho cercato contemporaneamente di vedere come si diporti l'immunità sia congenita che acquisita durante il decorso di alcune forme morbose: e cioè di vedere se l'immunità persista durante le malattie infettive perchè una delle più gravi obbiezioni all'introduzione della tossina fornitami gratuitamente ed abbondantemente dall'Istituto Sieroterapico Milanese alle dosi e col metodo già descritto nei precedenti lavori. Ho controllato anche a distanza di tempo, quando mi si offriva l'occasione, il persistere della negatività. Praticai sempre la cutireazione di Pirquet contemporaneamente alla prima reazione di Schick e ciò perchè una cutireazione alla Pirquet positiva mi spiegava alcuni fatti che io ho osservato e che riferirò brevemente dopo.

Tralascio dal riportare le tabelle dettagliate in cui sono segnati il nome e cognome dei bambini, l'età, la cutireazione alla Pirquet, il giorno in cui fu praticata la prima reazione di Schick ed i giorni e l'esito delle successive reazioni di Schick, la data delle vaccinazioni, il tipo e la dose e la via usata per l'introduzione di essi.

Vaccino usato	N. di bambini vaccinati	Presentavano reaz. di Schick neg. dopo 1 mese	Presentavano reaz. neg. di Schick dopo 2 mesi	Presentavano reaz. di Schick neg. dopo 3 mesi	Presentavano sempre reaz. di Schick posit.	Interrotta vaccinazione
Vaccino Behring	33	13 (39)% { C + 5 C − 8	9 { C + 3 C − 6	6 { C + 3 C − 3	4 { C + 4	1
Vaccino Pasteur	10	6 (60%) { C + 2 C − 4	2 { C + 1 C − 1	2 { C + 2		—
Vaccino Milano	30	13 (43%) { C + 4 C − 9	11 { C + 5 C − 6	4 { C + 2 C − 2	2 { C + 2	—

vaccinazione antidifterica sarebbe la diminuzione o la perdita di essa durante il decorso di queste e sopratutto durante quelle in cui con più frequenza le complicanze difteriche si manifestano.

VACCINI USATI. — Dei quattro vaccini in commercio, quello dell'Istituto Sieroterapico Milanese, il T. A. di Behring di Marburg, il vaccino dell'Istituto Pasteur e la Neutradita Berna, ho usato in questa serie i primi tre messi gentilmente a mia disposizione dai Direttori dei sopradetti Istituti che qui sentitamente ringrazio.

Ho diviso in tre gruppi i bambini trattati secondo il vaccino usato e l'epoca in cui fu fatta la vaccinazione. Prima d'iniziare la vaccinazione e dopo a periodi regolari di un mese ho praticato la reazione di Schick fino a scomparsa della reazione positiva. Ho usato per questa la

Riassumo invece in uno specchietto per brevità i risultati generali, aggiungendovi la cutireazione alla Pirquet.

Da questo specchietto risulta che il massimo dei vaccinati si ha già dopo il primo mese e solo pochi persistono dopo il quarto mese a presentare la reazione di Schick positiva. Interessante è vedere il comportarsi della cutireazione nei rapporti della vaccinazione. Più uno è colpito dalla tubercolosi e meno bene risponde alla vaccinazione, anzi si può dire che ogni vaccinazione in un individuo tarato di tubercolosi è spesso il via per il riacutizzarsi del processo morboso. Fatto già visto e dimostrato a proposito della vaccinazione Jenneriana. Behring (2) anzi segnava come controindicazione *assoluta* alla vaccinazione i bambini linfatici scrofolosi e quelli con tubercolosi conclamata, fatto da tenersi ben presente per non trattare

casi che con il loro esito infausto gettino il discredito sul metodo.

Le malattie acute in genere invece non controindicano per niente la vaccinazione.

VIE D'INTRODUZIONE DEL VACCINO E REAZIONI LOCALI O GENERALI OSSERVATE. — Riconosciute già dal Behring e scolari inefficaci le vie endonasale, rettale e percutanea, si sono usate dapprima le vie sottocutanee e muscolare e poi la via intracutanea che offre il grande vantaggio di un diretto ed esatto controllo delle reazioni locali ottenute, e di incontrare elementi più sensibili alla tossina. Le dosi di vaccino erano però piccole da 0,10 a 0,20 c. c. al massimo. Le regioni scelte furono ora la infrascapolare, ora l'avambraccio presso la piega del gomito. I vaccini da me usati ed oggi in commercio variano per quantità da 0.40 di c. c. il T A ad 1 c. c. per volta gli altri, offrono però il grande vantaggio di non dover saggiare prima la reazione dell'organismo, avendo composizione fissa ed innocua sicuramente.

Per il vaccino T A di Behring data la sua dose di 0.40 di c. c. ho anch'io usato la via intracutanea: sul luogo d'iniezione fin dalle prime ore si andava formando un intenso rossore della grandezza varia da 3 a 9 cm. di diametro, con infiltrazione senza dolore nè spontaneo nè provocato che raggiungeva il suo massimo nelle 24-48, scomparendo nei giorni seguenti, dando luogo ad una leggera pigmentazione ed a volte a desquamazione uguale per intensità ed in rapporto con la reazione presentata alla Schick. Su 66 vaccinazioni con T A I° e T A II° ho avuto 7 volte febbre che non ha oltrepassato i 39° gradi e che non ha durato più del giorno susseguente alla vaccinazione. In generale la febbre, eccettuato il caso che riferirò tra breve, l'ho riscontrata in bambini a cutireazione positiva. Non ho notato notevole diversità di reazione nelle due vaccinazioni: spesso mi ha reagito più intensamente la seconda della prima. Le facevo alla regione anteriore dell'avambraccio presso la piega del gomito una presso l'altra.

Nella bambina Neumajer Gaetana, di anni 4, convalescente d'una forma di pemfigo ho osservato una reazione intensa caratterizzata da rossore, edema, infiltrazione, diffusi a tutto il braccio, insorti poche ore dopo la vaccinazione, con febbre elevata, scomparenti in terza giornata, dando luogo a desquamazione tardiva di tutto l'arto eccettuata la mano. Non risentimento ghiandolare, non rossore alle fauci, non vomito. Tanto alla prima che alla seconda dose di T A ho osservato lo stesso fenomeno, più intenso con la seconda dose; simile ai fenomeni locali d'anafilassi da siero. Mai erano state praticate iniezioni di siero. La vaccinazione Jenneriana non ha invece provocato alcun fenomeno anormale (fatta in dicembre 1923 circa un mese dopo).

Reazioni quasi nulle ho osservato nei bambini sotto l'anno, fatto già notato dal Behring e da quanti hanno praticato vaccinazioni antidifteriche. In cinque bambini affetti da encefalopatie congenite (Idiozia, Morbo di Little, Atetosi, ecc.) ed in due affetti da polineurite d'origine sconosciuta, ho notato sia alla reazione di Schick che alla vaccinazione un'intensa reazione cutanea con bolla e conseguente ulcerazione, febbre elevata, tanto da consigliarmi l'uso di dosi minori nelle successive vaccinazioni. Non ho avuto però conseguenze spiacevoli anzi ho notato pronta produzione d'antitossina. È prudente per evitare queste intense reazioni in simili ammalati andare cauti e procedere con dosi piccole. Ho attribuito il fatto ad una ipereattività cutanea conseguente probabilmente dell'alterato trofismo che si ha in queste malattie.

***

Per il vaccino Pasteur ho usato in 4 casi la via intradermica, ma data la quantità notevole di liquido 1 cc. che dovevo introdurre si produceva nel luogo d'iniezione un intenso rossore, senza febbre, che scompariva nei due giorni seguenti, con leggera desquamazione. Negli altri sei casi ho usato la via sottocutanea in corrispondenza della regione deltoidea e non ho notato alcuna reazione nè locale, nè generale. In un convalescente di leggera forma influenzale ho notato un rialzo termico della durata di 24 ore.

***

Per il vaccino dell'Istituto Sieroterapico Milanese ho pure inizialmente usato in due casi la via intradermica, ma osservavo una così forte reazione locale, quasi eresipelatosa, con febbre elevata che ho preferito nelle successive la via sottocutanea.

Anche con questa si notava in tutti un'infiltrazione locale che appariva circa dieci ore dopo l'iniezione, della grandezza da 3 a 9 cm. di diametro, con cute arrossata e leggermente dolente, che scompariva nelle 24 ore successive; quindici volte su 84 ho osservato reazione febbrile con massimo di 38.4. Non ho notato desquamazione nè pigmentazione. In un ragazzo, Mendes di anni 11, l'infiltrazione ed il rossore si sono estesi a tutta la spalla ed al braccio, senza eccessivo dolore, senza febbre, senza desquamazione.

Anche in questi casi la febbre si è notata in bambini con cutireazione positiva. Cambiavo sede nelle successive vaccinazioni.

In una bambina, Enricio Lidia di 3 anni, ho osservato tre ore circa dopo la prima vaccinazione un'eruzione scarlattiniforme diffusa a tutto il corpo, con 38.6 di febbre, non risentimenti ghiandolari nè rossore alle fauci. Il tutto scomparve in terza giornata. Nulla nelle successive vaccinazioni.

VACCINAZIONE ED INFEZIONE DIFTERICA. — Poche considerazioni sulla durata e sull'efficacia delle vaccinazioni antidifteriche. L'anno scorso col collega Majeron vaccinammo 56 bambini: di questi sino al settembre 1924 nessuno aveva sofferto di difterite ed in quelli a cui ho potuto ripraticare la reazione di Schick (40 su 56) la hanno conservata negativa. Come risultato a quasi due anni di distanza è buono. Nell' Istituto Esposti ove l'anno scorso vaccinammo quelli a Schick positiva non si è avuto alcun caso di difterite. Di quelli vaccinati quest'anno a più di 6 mesi di distanza nessuno ha sofferto di forme difteriche e molti sono stati degenti per parecchio tempo nelle sale ospedaliere ove si ha sempre qualche caso di forma difterica dovuta a portatori sani, di più in città e dintorni si è avuta una leggera recrudescenza di forme difteriche.

Riassumo brevemente a questo proposito alcuni casi scoppiati nel Reparto mentre stavo praticando la vaccinazione:

Urban Flora, mesi 18, da Legnaro, saggiata con la Schick il 9 novembre 1923 diede reazione nettamente positiva. Vaccinata con la prima dose T A il 28 novembre 1923 presentò lieve reazione locale non febbre. Non fu praticata per un complesso di cause la seconda dose T A. Rimase in Reparto perchè affetta da atrepsia. In febbraio 1924 presentò rinite difterica controllata batteriologicamente e culturalmente, si trattò con abbondante siero ma si ebbe il decesso lo stesso per il diffondersi del processo al laringe. Alla necroscopia laringite e rinite difterica, atrepsia, focolai di broncopolmonite non difterici.

Vicina di letto era la bambina Pasquato Maria, di 7 mesi; presentò Schick positiva in novembre 1923 e vaccinata con 2 dosi di T A alla stessa epoca della precedente. Questa ha reagito bene ed il 27 dicembre 1923 dava reazione negativa che si mantenne anche nei successivi controlli tale. Ai primi di febbraio presentò pure essa, anzi *prima della precedente*, rinite con reperto positivo di bacilli difterici, non fu curata che localmente e guarì bene in 7-8 giorni senza aver mai presentato alcun fenomeno generale.

Conseguenze: questi casi stanno a dimostrare il fatto che la vaccinazione non elimina i portatori e che una sola dose di vaccino non è sufficiente.

Bolognesi Jolanda, mesi 22, viene accolta per disturbi gastro-enterici, il 2 marzo 1924; il 4 marzo reazione di Schick positiva, il 10 marzo 1924 prima dose di vaccino Milano, il 17 marzo seconda dose, il 20 marzo è colta da morbillo, il 23 marzo terza dose di vaccino, il 25 marzo afonia, tosse stizzosa, modico grado di stenosi laringea. Cultura negativa per i bacilli difterici. Nei giorni seguenti focolai sparsi di broncopolmonite, il 31 marzo morte — necroscopia: broncopolmonite a focolai sparsi, il laringe non presenta alcuna lesione difterica.

Dainese Bruna, anni 2 ricoverata per adenopatia tracheo bronchiale. Saggiata con la reazione di Schick il 16 febbraio 1924, vaccinata il 18 e 26 febbraio ed il 4 marzo con vaccino Milano. Dopo 18 giorni dell'ultima iniezione vaccinante viene colta da morbillo che decorre normalmente. In 8ª giornata è colpita da una laringite catarrale con afonia senza grave stenosi, rossore alle fauci, senza membrane visibili. Modico rialzo termico. Reazione di Schick positiva, esame batteriologico e culturale negativo. Si attende 6 giorni, poi persistendo i fatti si tratta con alte dosi di siero. Nessun risultato. La forma guarisce dopo 20 giorni. La bambina muore per meningite tubercolare in giugno.

Questi due casi stanno a dimostrare che pur presentandosi le condizioni favorevoli nel decorso della vaccinazione non si è avuta l'infezione difterica, cioè mancò una fase negativa.

IMMUNITÀ PASSIVA E VACCINAZIONE. — Poche parole sull'effetto combinato di iniezione di siero e vaccinazione. Ebbi a vaccinare 2 bambini che avevano in precedenza sofferto di difterite trattati con forti dosi di siero.

La reazione di Schick è riapparsa positiva in uno dopo 5 mesi ed in uno dopo 4 mesi dal trattamento con siero. Furono iniettati con una sola dose di vaccino e reagirono prontamente dando dopo un mese reazione negativa, che si mantenne poi sempre tale.

REAZIONE DI SCHICK E MALATTIE INFETTIVE ACUTE. — Riguardo alle variazioni della reazione di Schick durante il decorso di malattie infettive acute ebbi a notare.

Nel morbillo: Su 8 casi in cui avevo praticato prima la reazione di Schick notai nei positivi (5) un aumento d'intensità nella reazione con forte psedoreazione iniziatasi fin dal primo giorno, ma solo nella non riscaldata. Nei negativi (3) pseudoreazione che si prolungò in due fino al 5° giorno senza pigmentazione e desquamazione anche qui solo nella non riscaldata. Nessuna reazione nella riscaldata. Si devono considerare come positive queste pseudoreazioni prolungate? Non saprei ancora allo stato attuale dare una decisione.

Spesso si osserva durante l'eruzione morbillosa che la zona ove fu praticata precedentemente la reazione di Schick si ricopre di mac-

chie esantematiche confluenti tanto da simulare un ripristino della reazione.

Durante la pertosse nel periodo accessuale grave ho notato un'accentuazione del grado della reazione in 7 su 23 bambini.

Durante la varicella pure ho osservato una maggiore suscettibilità da parte della cute alla tossina difterica. Mai però variazioni di segno. In complesso non ho avuto variazioni nel segno solo nell' intensità almeno che non si vogliano considerare positive quelle pseudoreazioni prolungate osservate nel morbillo; mentre l'anno scorso in 5 morbillosi su 22 saggiati ho osservato il ripristinarsi di una reazione nettamente positiva mentre prima era negativa.

Pseudo reazione e reazione di Schick. — Un problema di non facile soluzione nonostante le minuziose regole dettate da Zingher è il saper distinguere quale si debba considerare pseudoreazione e quale vera reazione.

Con la prova alla tossina riscaldata sembrava aver risolto il problema. È noto e constatato da tutti che spesso si hanno pseudoreazioni più intense con la tossina non riscaldata che con quella riscaldata, come pure Autori francesi (Sergent, Parrot, Lemaiere, ecc.) hanno osservato la cosidetta reazione paradossa cioè reazione più intensa con la riscaldata.

Continuando ad occuparmi di reazioni di Schick da più di 3 anni ho visto che riscaldando a 75° per 5 minuti si ha un numero maggiore di pseudoreazioni spesso continuantesi oltre il 3°-4° giorno e in bambini a cute particolarmente sensibile presentanti anche lieve pigmentazione e desquamazione, mentre facendola bollire, come consiglia l'attuale istruzione annessa alla tossina inviata dall' Istituto Sieroterapico Milanese, il numero di pseudoreazioni è molto minore colla riscaldata come risulta dal seguente specchietto.

Soggetti saggiati 240:

Schick positive 75; pseudoreazioni 65; con tossina attiva ed inattiva 27; con tossina attiva 37; con tossina inattiva 1.

Schick negative 175: pseudoreazioni 101; con tossina attiva 55; con tossina inattiva 6.

Pseudo reazioni assenti 74.

In queste cifre sono comprese reazioni di Schick ripetute ad intervalli di tempo allo stesso individuo.

Credo che molte divergenze degli AA. sul valore della Schick siano dovute in parte alla diversa interpretazione della pseudo reazione. Con l'*Immunoverificator* Berna, che è una soluzione di tossina diluita della durata di 20 giorni e pronta per l'uso, su 10 casi non ha mai osservato pseudoreazione. Se il fatto fosse confermato sarebbe un grande vantaggio permettendo d'eliminare questa causa di divergenze.

Pseudoreazione e cutireazione alla Pirquet. — Nei riguardi di rapporti tra cutireazione alla Pirquet e pseudoreazione posso confermare il fatto osservato da G. Salvioli (2) a proposito delle reazioni da proteine eterologhe, che cioè i bambini a Pirquet positiva reagivano più vivacemente di quelli con cutireazione negativa, anzi ho notato in alcuni bambini gli stessi fenomeni che si osservano colla intradermoreazione alla Mantoux. Il Salvioli spiega detto fenomeno pensando che lo stato di allergia non sia assolutamente specifico. La pseudoreazione è negativa o scarsa nei bambini atrofici e nei dispeptici, mentre non v'è variazione alla vera reazione, fatto rilevato a proposito delle proteine del latte dal Salvioli.

Un'ultima osservazione voglio fare a proposito del potere vaccinante che anche recentemente è stato attribuito alla reazione di Schick: esso è nullo in modo assoluto come lo ha affermato il Moody: nè ripetendo per parecchie volte la reazione di Schick ad intervalli l'ho vista mai divenire negativa.

CONCLUSIONI.

Le conclusioni che si possono dedurre dalle mie precedenti ed attuali osservazioni sono le seguenti:

1.) Il miglior modo di profilassi contro l'infezione difterica è la vaccinazione e solo l'applicazione di questa su vasta scala varrà a ridurre la morbilità.

2.) Non è sufficiente una sola dose di vaccino: ne bastano però due; per cui per economia di tempo e di spesa sono preferibili i vaccini tipo il T A in cui con due dosi si raggiunge lo stesso risultato.

3.) Non ho notato una vera fase negativa nè ho avuto gravi inconvenienti da anafilassi.

4.) Il maggior numero di immunizzazioni lo si riscontra già dopo un mese: nei bambini deperiti ed a cutireazione positiva la immunità si stabilisce più lentamente.

5.) Non si devono nè saggiare con la Schick nè vaccinare i bambini con lesioni tubercolari anche latenti.

6.) Andare cauti nelle dosi in alcuni bambini in cui su una base nervosa di alterato trofismo cutaneo si possono avere stati reattivi locali molto pronunciati.

7.) La via intradermica è preferibile quando la quantità del vaccino lo consenta perchè permette d'osservare il grado d' immunità che possiede l' individuo.

8.) Nelle malattie infettive acute non ho osservato scomparire l'immunità acquisita ma solo attenuarsi.

9.) La pseudoreazione è più marcata colla tossina attiva che con la inattiva ed è più marcata nei bambini a cutireazione positiva.

BIBLIOGRAFIA.

PINCHERLE M. Relazione al X Congresso di Pediatria, Milano 1922.

GESAMMELTE ABHANDLUNGEN V. BEHRING'S. *Bonn Marcus Webers*, Verlag, 1915.

GAETANO SALVIOLI. *Sulle cosidette anafilassi da latte nell'infanzia*. Atti della Società Medico-Chirurgica di Padova, anno 1°, n. 3, pag. 85.

MEDICINA SOCIALE.

R. UNIVERSITÀ DI MILANO.
ISTITUTO DI CLINICA DERMOSIFILOPATICA.
diretto dal Prof. A. PASINI.

I confini della contagiosità per le malattie sessuali e la ospedalizzazione nei Reparti Celtici.

Prof. A. PASINI.

Una questione che in sè stessa, scientificamente, è bene definita, e pur solleva nelle applicazioni pratiche igienico-sociali non poche controversie, è quella che riguarda la contagiosità delle malattie sessuali, e dei limiti nei quali è conveniente e necessario che i pubblici poteri provvedano con l'isolamento e l'ospedalizzazione.

Le ricerche batteriologico-sperimentali hanno dimostrato contagiose: nella blenorragia tutte le secrezioni purulente, liquide o filamentose, che contengono il gonococco di Neisser: per l'ulcera molle o venerea le lesioni aperte, tegumentarie o linfatico-ghiandolari, fintantochè ospitano lo streptobacillo di Ducrey: per la sifilide tutte le manifestazioni aperte, specie della infezione recente, e che gemono sierosità contenente la spirocheta pallida. Non è esclusa per la sifilide la contagiosità, a periodi, di umori (sangue) e di liquidi fisiologici (saliva, sudore, orina, sperma).

Ne viene, come logica ed ovvia deduzione, che ai fini profilattici sociali è necessario provvedere ad una sollecita, quanto è possibile, riparazione delle lesioni aperte per l'ulcera venerea e per la sifilide: ad una rapida cessazione di produzione purulenta per la blenorragia, e ad un rigoroso isolamento dei malati che non possiedono mezzi adeguati di cura e costituiscono appunto per ciò, un costante e grave pericolo di contagio. Alla cura si può provvedere ambulatoriamente, ma per l'isolamento, laddove condizioni di indigenza lo rendono impossibile, occorre il ricovero ospitaliero.

In base a questi principii il Ministero dell'Interno e la Direzione Generale di Sanità Pubblica, con R. Decreto 25 marzo 1923 per la approvazione del nuovo regolamento per la profilassi della sifilide e delle malattie veneree, sanzionarono (art. 9) che «*la cura gratuita ospitaliera, di regola, sia riservata alle donne nelle quali la infezione sifilitica o venerea costituisce la forma morbosa predominante, e che agli uomini sia riservata preferibilmente la cura ambulatoria e solo eccezionalmente quella ospedaliera. Le spese di spedalità, limitatamente al periodo in cui la malattia è contagiosa in atto, sono sostenute dallo Stato e gravano sul bilancio del Ministero dell'Interno*». E più oltre, nelle istruzioni per l'applicazione di detto regolamento, specificarono, al paragrafo 4°, che «*la cura gratuita ospitaliera sia riservata, di regola, alle donne, nella considerazione che queste, anche se curate ambulatoriamente, possono pure nel corso delle cure rendersi veicolo di più frequenti trasmissioni delle malattie, frequenza che non si verifica per gli uomini, anche per la loro attività sessuale fisiologicamente limitata*».

A queste disposizioni di indole generale, così come figurano nel regolamento, non è chi non debba sottoscrivere. È razionale e rispondente alle esigenze profilattiche che sia concesso una maggiore larghezza di ospedalizzazione per le donne, e specialmente per quelle di liberi costumi, e vi sia una restrizione per gli uomini, in considerazione tanto di una maggiore facilità alle cure ambulatorie, quanto di una sospesa o minore attività sessuale quando siano caduti ammalati.

Se non chè, nella pratica, disposizioni particolari che si aggiungono a quelle del regolamento, ed il rifiuto a corrispondere degenze già avvenute, oltrepassano lo spirito e le disposizioni del regolamento stesso, e rendono impossibile, con grave danno della profilassi, il ricovero degli uomini, non chè delle bambine affette da blenorragia dei genitali nelle Sale Celtiche.

In una lettera pervenuta dal Ministero dell'Interno (Direzione Generale di Sanità Pubblica) per il tramite della R. Prefettura al Reparto Celtico agli Istituti Ospitalieri di Milano, è detto testualmente: «*Le ammissioni dei Celtici per conto dello Stato dovranno essere limitate ai soli casi di riconosciuta necessità, che possono rappresentare un vero pericolo sociale, e nei quali concorrono gli estremi della esistenza di malattia contagiosa in atto e, trattandosi di uomini, dalla circostanza che la cura non può farsi ambulatoriamente. E tale condi-*

zione di necessità, ai fini profilattici, non sussiste per quegli ammalati, specialmente di sesso maschile, nei quali per lo stadio della malattia e complicazioni richiedenti per lo più intervento chirurgico, la possibilità di trasmettere il contagio per le ordinarie vie di infezione rendesi impossibile od almeno molto rara ».

Si vuole quindi che la gravità della malattia sia elemento per negare, anzichè per avvalorare la imprescindibile necessità del ricovero ospedaliero.

Queste disposizioni restrittive, che furono severamente applicate anche di recente nella reintegrazione ai Reparti Celtici delle spese di spedalità, frustrano lo spirito del regolamento sulla profilassi delle malattie sessuali, ed urtano contro i capisaldi ai quali molto opportunamente si attennero eminenti igienisti e sifilografi nel formularlo.

Un consenso sulla necessità di ospedalizzazione per malati di forme venereo-sifilitiche può derivare soltanto da delimitazioni precise delle condizioni, che rendono l'individuo pericoloso come possibile sorgente di contagio venereo.

Le restrizioni anzidette sarebbero razionali e giustificate, se il pericolo di trasmissione dei contagi venerei fosse, di fatto, limitato al rapporto sessuale.

Ma ciò è ben lungi dalla realtà! Se il rapporto sessuale costituisce la causa principale e volontaria di tali trasmissioni, altre circostanze preterintenzionali e molteplici si aggiungono di quello non meno pericolose, ai fini della profilassi.

Queste si possono riassumere volta a volta, nella ignoranza, nella impossibilità ad un isolamento del malato, nella indigenza e nella mancanza di ogni mezzo di cura e financo di domicilio.

In fatto di malattie veneree l'ignoranza è, per non pochi, aggravata da grossolane credenze e da pericolosi pregiudizi. Nè è da sperare che una istruzione, sia pure molto elementare, di profilassi antivenerea si possa fare, in persone a livello intellettuale e culturale ridottissimo o del tutto assente, quando già una infezione fu contratta e si è resa manifesta. Ciò equivarrebbe a pretendere di ammaestrare nel nuoto l'inesperto, quando già sia caduto accidentalmente in acqua. E questa ignoranza di ogni regola di profilassi per parte di un malato non è meno pericolosa per l'ambiente in cui si trova, di quello che sia una donna che si conceda sessualmente.

Il pericolo è aggravato, per i diseredati dalla fortuna, dalla impossibilità nella quale si trovano di attuare un isolamento conveniente, anche quando siano compresi della sua opportunità e necessità, e siano coscienti del pericolo che rappresentano verso le persone che li circondano. Dati importanti e dimostrativi al proposito segnano le statistiche sull'affollamento delle case, specialmente nei grandi centri abitati.

In un articolo interessante del dott. Alessandro Schiavi sul periodico « La Casa », del gennaio 1924, è riferito che solo all' Istituto per le Case Popolari di Milano, sopra 576 domande raccolte fra le altre 9000 presentate fra il 1919 ed il 1923, il 90 % delle domande di famiglie di due persone (25 %), di tre (27 %), di quattro (20 %) che domandano, sopratutto, alloggi di due locali. Circa un quinto delle famiglie si trovano in condizioni di sovraffollamento. Vi sono ad es., *in un solo locale*, 43 famiglie di 4 persone, 26 di 5, 5 di 6, 4 di 7, una di 8! In due locali ve ne sono 9 di 6, 8 di 7, 2 di 8, 3 di 9, ed una di undici!

Anche l'Ufficio Statistica della Camera del Lavoro di Milano ha compiuto una indagine sul sovraffollamento delle abitazioni, ed ha ricavato risultati di poco dissimili da quelli ottenuti dall' Istituto per le Case Popolari.

Oltre al fenomeno del sovraffollamento più grave ancora vi è quello di *famiglie e di individui che mancano completamente di casa.* Il dott. Schiavi calcolava, mesi sono, le famiglie prive di casa ad oltre 200. Queste vivono randagie ora presso parenti, ora in camere ammobigliate, in condizioni di sovraffollamento e di promiscuità che urtano con le più elementari leggi di profilassi. Ma ancora più numerosi sono, specialmente nei grossi centri industriali, gli individui isolati e privi di ogni mezzo di fortuna, che giungono e vi si insediano in cerca di lavoro, senza avere alcun domicilio, e che dormono alla meglio in umilissimi ambienti, in promiscuità con molte altre persone.

Ora se in queste pessime condizioni di ambiente si trova — e capita sovente! — un malato di forma venereo-sifilitica, come potrà curare convenientemente sè stesso, e come potranno preservarsi i conviventi, fissi od accidentali, da una facilissima, quasi sicura trasmissione di contagio? Ecco pertanto prospettarsi la necessità di ospedalizzazione di venerei al di là della considerazione e della circostanza di una possibilità di contagio attraverso il rapporto sessuale: necessità che si impone per legge di umanità verso il malato e per una applicazione delle più elementari regole di profilassi sociale.

Non meno importante e necessaria è l'ospedalizzazione delle bambine affette da infezione blenorragica gonococcica dei genitali. La cura

di questa affezione è quanto mai delicata, sia per la fragilità della parte affetta, che per le complicazioni del momento e future che ne derivano, e non può essere praticata che da medici specialisti valenti. Un aggravante risiede poi nel fatto, che l'affezione fa strage quasi solo in piccole creature appartenenti a famiglie indigenti, e più spesso per contagio accidentale famigliare che per tentativi criminosi di stupro: a famiglie cioè che non hanno mezzi per curare, nè tempo per condurre le piccole malate ai dispensari celtici. In tali condizioni la malattia peggiora e si complica per l'ammalata, e si propaga con la massima facilità nell'ambiente circostante. Trattasi per lo più di bambine abbandonate per l'intiera giornata con altre del vicinato, che si toccano molto spesso i genitali suppuranti a causa del prurito che la stessa malattia determina, che usano di gabinetti in comune, e che prima o poi contaminano ai genitali od alla congiuntiva le piccole compagne di giuoco. La letteratura medica è ricchissima di storie di epidemie di vulvovaginiti e di congiuntiviti gonococciche, propagatesi fulmineamente da una sorgente iniziale di infezione gonococcica non riconosciuta in tempo o trascurata.

Ora si può logicamente sostenere che queste ammalate non siano contagiose, e non vi sia per esse necessità di ospedalizzazione, solo perchè non sono atte e dedite ancora al rapporto sessuale?

***

A queste ovvie considerazioni si potrà obbiettare, che il regolamento negli stessi articoli e capoversi dianzi citati ammette, anche per il sesso maschile (nulla è detto specificatamente delle bambine), la ospedalizzazione «*per i casi di riconosciuta necessità, che possono rappresentare un pericolo sociale, e nei quali la cura non può farsi ambulatoriamente*».

Ma che importano le parole e le disposizioni regolamentari quando i fatti contrastano? Quanto alle parole si vuole che la stessa gravità della malattia, poichè è impedimento al rapporto sessuale, sia un elemento per escludere anzichè per avvalorare la necessità di ricovero ospitaliero. Quanto ai fatti, dovunque sorsero e sorgono contestazioni sulla reintegrazione di spedalità, per casi che il regolamento pur vorrebbe riconosciute. Se ne ebbero notizie dettagliate anche nell'ultimo congresso dei Dermosifilografi, per parte dei direttori di Riparti Celtici di ogni parte d'Italia. Personalmente lo constato per quello di Milano. Sopra 202 degenze del terzo trimestre 1922-1923 ne furono contestate 77. Per il quarto trimestre 1922-'23, sopra 18 bambine ricoverate per vulvovaginite blenorragica gonococcica fu contestato l'accoglimento e la degenza per 15. Sopra 409 degenze di uomini ne furono contestate 86. Più avanti, nell'ultimo prospetto presentato, e che corrisponde al primo trimestre 1923-'24, di 83 degenze di venereo-sifilitici neppure una fu accolta ed ammessa alla reintegrazione delle spese! Ciò equivale alla soppressione dei Riparti Celtici maschili.

Ora il dermosifilografo non può, nè vuole arrogarsi il diritto di stabilire a chi spetti il dovere di provvedere alla ospedalizzazione degli affetti di forme venereo-sifilitiche che non possono usufruire delle cure ambulatorie e necessitano di ricovero ospitaliero: se questo obbligo e questo onere debba ricadere sullo Stato piuttostochè sui Comuni. Solo si invoca che, nei limiti di una necessità assoluta curativa e profilattica, sia possibile effettuare il ricovero, a carico dell'uno o dell'altro Ente, nell'interesse dell'individuo e della salute pubblica.

Il concetto che le malattie sessuali esorbitino dal novero delle malattie comuni è ormai superato anche nella pubblica opinione, e non si comprende per vero perchè ad esse non debbano provvedere i Comuni, come per ogni altra forma morbosa. Solo occorre togliere ogni ambiguità di interpretazione e chiarire gli equivoci. Il Decreto 25 marzo 1923 sopra citato, il quale dice, sia pure con limitazioni e riserve (art. 9) che «*le spese di spedalità sono sostenute dallo Stato e gravano sul bilancio del Ministero dell' Interno*» è interpretato dai Comuni come un esonero a provvedere alle cure, con ospedalizzazione, delle malattie venereosifilitiche, ed una autorizzazione a respingere ogni responsabilità di degenza per dette forme.

È pertanto necessario, nell' interesse della pubblica profilassi, che sia: da una parte ammessa, nei limiti della contagiosità ora illustrata, la ospedalizzazione per forme venereo-sifilitiche anche al di là del contagio mediante il rapporto sessuale: dall'altro che lo Stato faccia, se intende scagionarsi da un onere, perentorio obbligo ai Comuni di corrispondere le spedalità per le forme venereo-sifilitiche, alla stessa stregua che per ogni altra malattia.

Alla profilassi delle malattie sessuali serve, per certo, la diffusione mediante figure, pubblicazioni e conferenze di nozioni esatte intorno ad esse ed ai modi più opportuni a preservarsene. Ma tutto ciò è destinato a restare vana teoria, quando non si provveda ad un sollecito isolamento di tutti gli individui, uomini, donne e bambini, che, caduti ammalati, non sanno, non possono o non vogliono curare sè stessi ed esercitare intorno a sè una sana profilassi.

Milano, 30 settembre 1924.

COMMENTI.

La plastica osteo-periostea nei traumi esposti cranio-cerebrali. [1]

ANGELO CHIASSERINI,
docente, aiuto chirurgo negli Ospedali di Roma.

I vantaggi della sutura totale delle parti molli nei traumatismi esposti del cranio e del cervello, che vengano osservati nelle prime ore, e siano trattati con l'escissione delle parti contuse e la detersione meccanica e chimica, sono stati dimostrati specialmente dall'esperienza dell'ultima guerra.

Gli stessi concetti, applicati alla chirurgia traumatica negli accidenti della vita civile, hanno forniti ottimi risultati.

É però evidente che se la sutura delle parti molli porta in una grande percentuale di casi alla guarigione per prima intenzione della ferita cutanea e contribuisce ad evitare quelle complicazioni infettive così frequenti, quando la ferita cranio-cerebrale venga tamponata, e ripetutamente medicata, la perdita di sostanza del tavolato cranico rimane con tutti i suoi inconvenienti.

Mi è sembrato perciò opportuno tentare la chiusura in primo tempo, oltre che della ferita cutanea, della breccia cranica, specie se questa era di una certa ampiezza.

Ho usato questo metodo in 5 casi, servendomi, per chiudere la breccia cranica, in 4 casi del metodo a bratte osteo-periostee; in 1 rimpiantando un grosso frammento avvallato.

CASO I. — Censi Augusto, di a. 6. Per una caduta da una finestra riporta frattura esposta del parietale destro. È ricoverato nel 3° Padiglione al Policlinico Umberto I il 3 settembre 1291. Viene operato circa 6 ore dopo la caduta.

Eterenarcosi regolare. Escissione dei margini contusi della ferita situata in corrispondenza dell'angolo parieto-occipitale destro. La ferita è prolungata anteriormente e posteriormente, per mettere bene in evidenza il focolaio di frattura. Un grosso frammento ovalare del parietale si trova avvallato. Lo si solleva, dopo avere regolarizzato i margini della perdita di sostanza ossea.

La dura è lesa; e traverso la ferita durale fuoriesce della poltiglia cerebrale. Detersione meccanica, e lavaggio della ferita con liquido di Dakin.

Il frammento osseo è lavato in soluzione normale tiepida e collocato a colmare la perdita di sostanza ossea. Si passano alcuni punti di catgut sulla aponevrosi epicranica, per fissare il frammento. Sutura della cute.

In 7ª giornata vengono tolti i punti; fuoriesce una scarsa quantità di liquido sieroso. Quando il piccolo paziente piange, si vede che la cute si solleva leggermente in corrispondenza del focolaio di frattura.

Il paziente è dimesso guarito il 20 settembre. Osservato dopo due mesi si nota che il paziente si trova in buone condizioni. Il frammento osseo non si sposta più quando il bambino fa degli sforzi.

CASO II. — Nieddu Serafino, a. 34. S. 1045. In seguito alla caduta di una frana riporta una frattura esposta della volta cranica. Entra nell'Ospedale di S. Giacomo il 3 luglio 1922. Non presenta sintomi di deficit. La pupilla sinistra appare più ampia della destra e reagisce scarsamente alla luce.

Operazione (circa 7 ore dopo il trauma): anestesia locale novocainica. Escissione dei margini della ferita. Focolaio di frattura cranica sulla linea mediana parieto-occipitale, formato da vari frammenti avvallati. I frammenti sono asportati, i margini ossei regolarizzati. Lavaggio con liquido di Dakin. Il seno longitudinale corrisponde alla perdita di sostanza ossea, ma non è leso. Plastica della perdita di sostanza con lembo osteo-periosteo. Sutura del pericranio.

Terminata l'operazione, si nota che l'anisocoria è scomparsa (fig. 1 e 2).

Guarigione per prima intenzione.

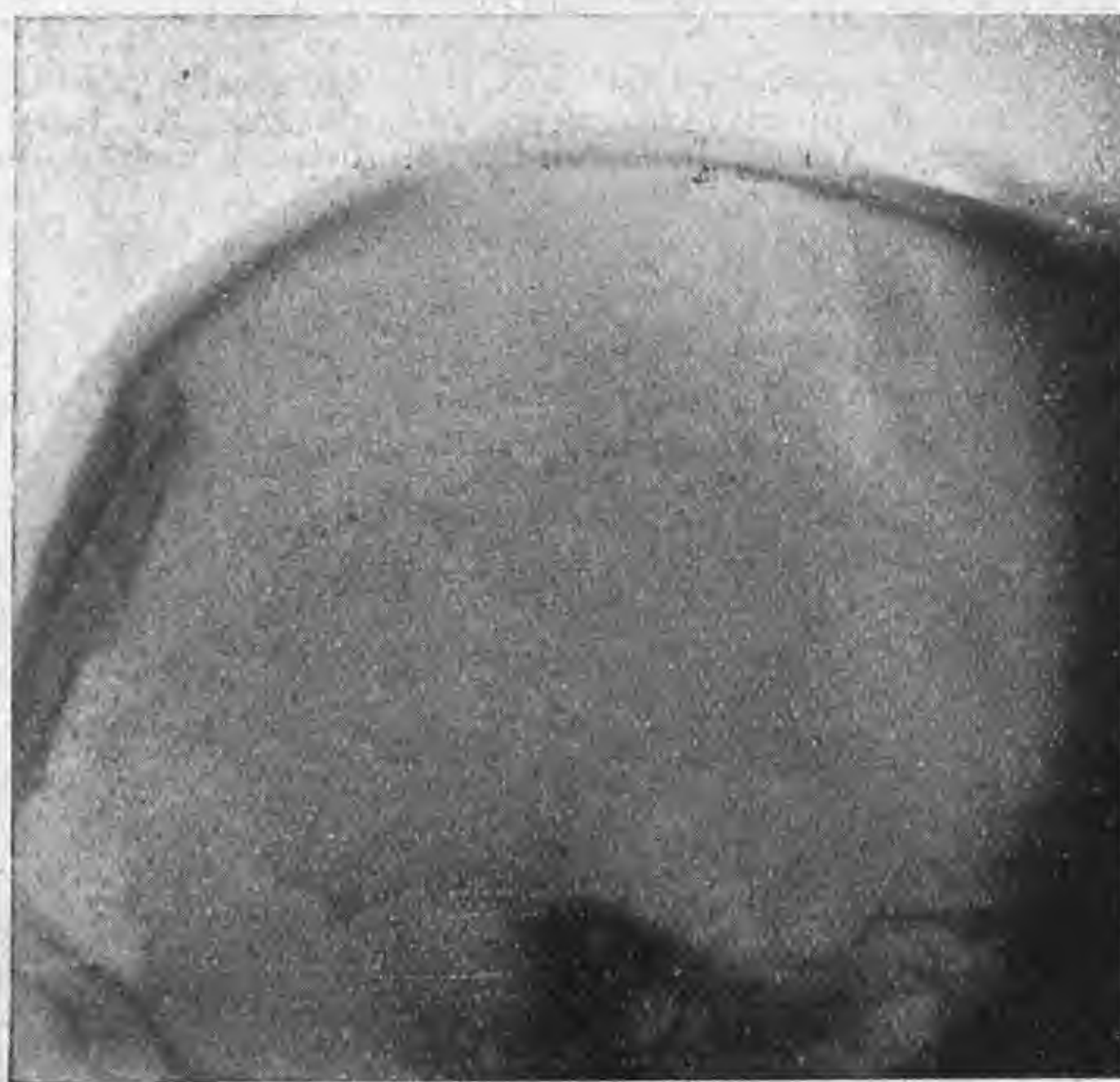



FIG. 1. — Si riferisce al Caso II, e dimostra una frattura con avvallamento nella zona occipitale.

CASO III. — Braghetti Ignazio, a. 36. S. 1268. Il paziente riporta una frattura esposta della volta cranica in seguito ad un colpo con un bastone di ferro. Entra nell'Ospedale di S. Giacomo il 7 agosto 1922.

Presenta una ferita lacera in corrispondenza della regione parietale sinistra. Il paziente è afasico, ed ha una notevole paresi del facciale inferiore di destra.

Operazione (circa 6 ore dopo il trauma): anestesia locale novocainica. Incisione a lembo in corrispondenza della regione parieto-temporale sinistra. Si escidono i margini della ferita, che corrisponde al centro del lembo cutaneo. Si asportano delle scheggie ossee infisse nella sostanza cerebrale. Si asportano i grumi e la poltiglia cerebrale, in mezzo alla quale si trovano dei capelli. Si allaccia il

(1) Una parte di questa nota fu comunicata alla Reale Accademia di medicina di Roma nella seduta del giugno 1924.

ramo anteriore della meningea media. Si escidono i margini della ferita cutanea. Lavaggio con liquido di Dakin. Regolarizzazione del focolaio di frattura, che risulta rotondeggiante, e grande come un pezzo d'argento di 5 lire. Plastica osteo-periostea. Sutura del lembo e dei margini cruentati della ferita.

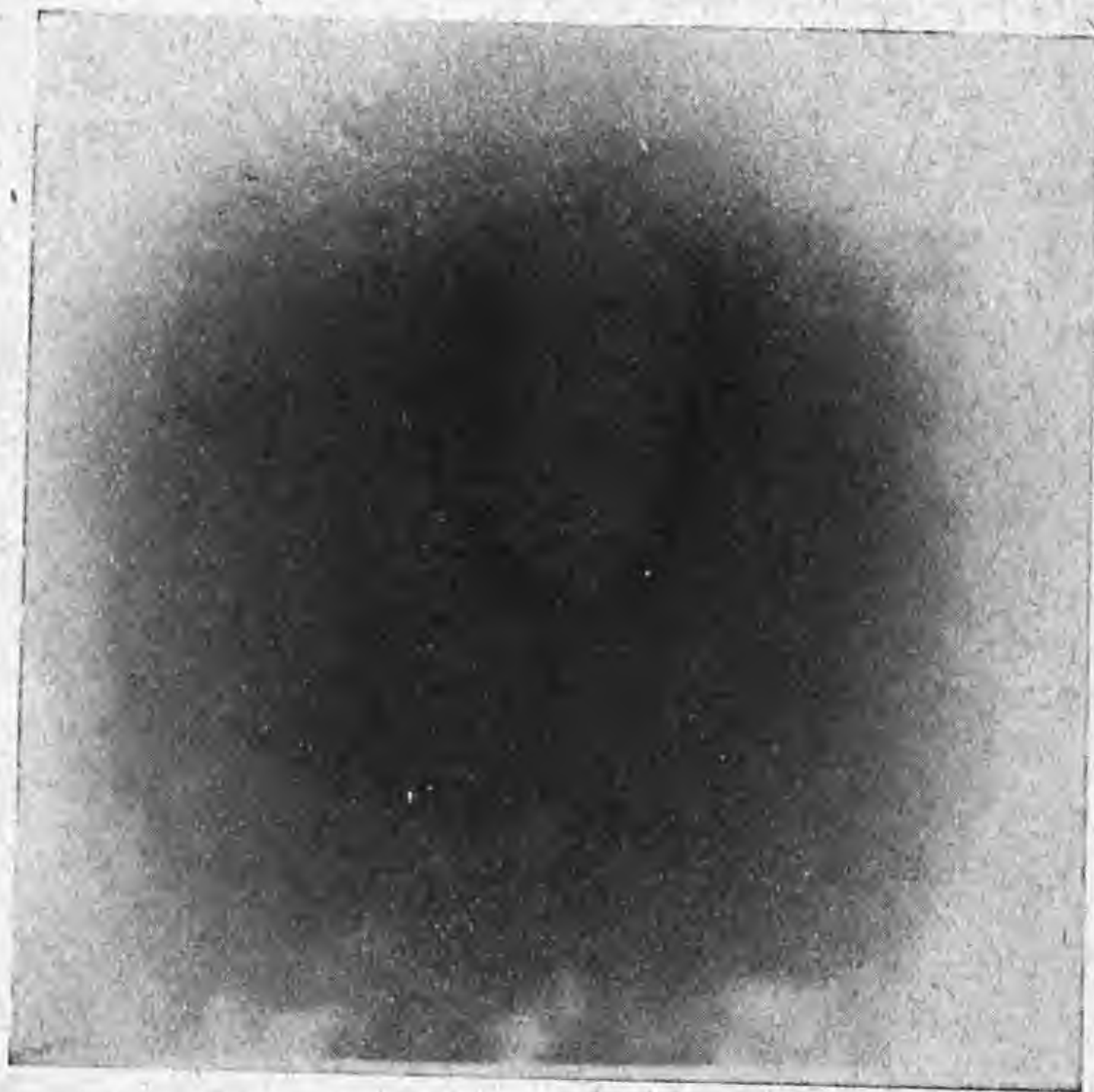



FIG. 2. — Si riferisce al Caso II, e dimostra la perdita di sostanza risultata dopo l'asportazione dei frammenti avvallati. Sulla perdita di sostanza sono state già ribattute le lamelle osteo-periostee.

Guarigione per prima intenzione.

Il paziente è dimesso il 5 settembre 1922. La paresi del faciale destro e l'afasia sono quasi completamente scomparse.

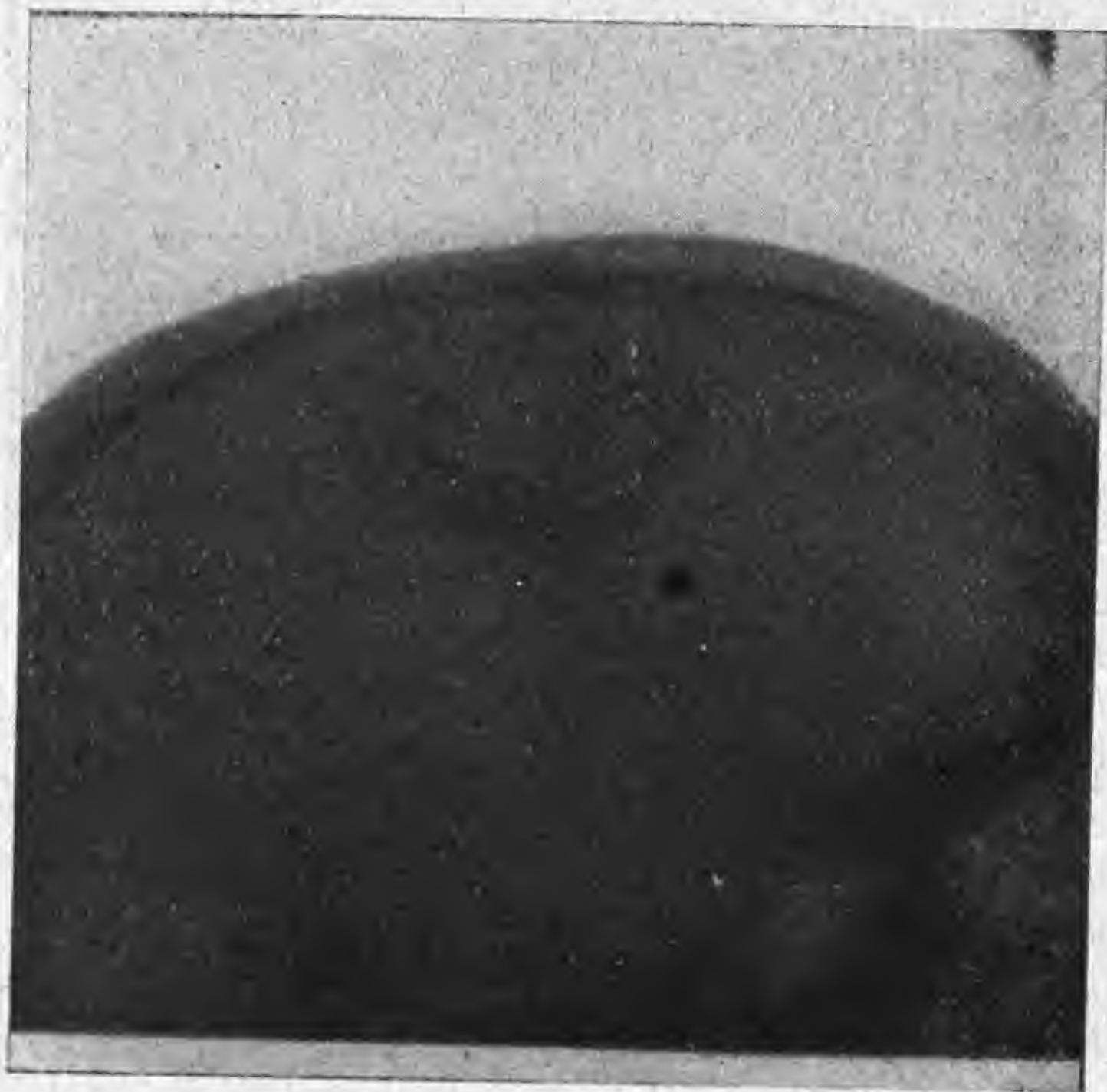



FIG. 3. — Si riferisce al Caso III. Dimostra la perdita di sostanza della volta cranica, e le lamelle ossee utilizzate per colmare il difetto osseo.

Rivisto dopo 1 anno il paziente si trova in buone condizioni (fig. 3).

CASO IV. — Brusa Raffaele di Domenico, da Imola, a. 45. Il giorno 16 settembre 1923, volendo scendere dal tram in corsa, cade ferendosi alla testa.

Entra nell'Ospedale di S. Giovanni il giorno stesso. Presenta una larga ferita del cuoio capelluto nella regione fronto-parieto-temporale destra. Traverso di essa si scorge un focolaio di frattura del cranio.

Operazione (4 ore circa dopo il trauma): eterenarcosi regolare. Escissione dei margini della ferita. Si trova una frattura del parietale destro, e del frontale, con avvallamento. I frammenti vengono asportati. La dura non è lesa. Lavaggio con liquido di Dakin. Plastica osteo-periostea. Sutura della cute.

Guarigione per prima intenzione. Il paziente esce il 27 settembre.

CASO V. — Vagaggini Alessandro, a. 40. S. 6069. Il giorno 21 luglio 1923, mentre lavorava, fu colpito al capo da una pietra.

Entra nel 3° Padiglione al Policlinico il giorno stesso. Gli fu riscontrata dai medici di servizio una ferita lacera del cuoio capelluto in corrispondenza della regione parietale destra.

Il paziente presentava una paresi dell'arto superiore sinistro. Rimase lungamente degente in Ospedale, e dalla ferita furono eliminati due piccoli frammenti ossei.

Nell'ottobre, quando ebbi in cura il malato, questi presentava una lesione di continuo del cuoio capelluto, nella regione parietale destra, ricoperta da granulazioni di cattivo aspetto.

La radiografia dimostrava un focolaio di frattura del parietale con avvallamento.

Modificate le condizioni locali della lesione, operai il paziente l'8 ottobre 1923.

Eterenarcosi regolare. Incisione a lembo che circoscrive la lesione di continuo. Si trova un focolaio di frattura del parietale, con avvallamento notevole. I frammenti avvallati vengono asportati. La dura è integra. Plastica osteo-periostea. Escissione dei margini della ferita granulante e del fondo della stessa. Sutura della cute previe incisioni che ne permettono lo scorrimento. Guarigione per primam.

Il paziente esce il 27 novembre 1923. La paresi del braccio è notevolmente diminuita.

* * *

Riassumendo, sono state curate 5 fratture esposte della volta cranica, delle quali 2 erano complicate da lesioni della dura e del cervello. In un caso furono estratte dalla sostanza cerebrale schegge ossee e ciuffi di capelli. Fu eseguita, oltre la sutura totale della cute, la chiusura della breccia ossea con lembo osteo-periosteo a bratte discontinue. In un caso fu riimpiantato un frammento avvallato. In tutti i casi si ebbe guarigione per prima intenzione.

In 4 casi l'intervento fu praticato circa sei ore dopo il trauma.

In un caso (n. 5) l'intervento fu secondario; esisteva però ancora una lesione di continuo granulante del cuoio capelluto.

Il primo intervento risale al 1° settembre

1921, cioè quasi a quattro anni fa; l'ultimo a nove mesi.

Ho potuto rivedere il paziente, che presentava lesione cerebrale con afasia, dopo un anno dall'intervento. Egli si trovava in ottime condizioni generali. I disturbi della parola erano quasi totalmente scomparsi. Il vecchio focolaio di frattura si presentava solido e indolente.

Di due altri pazienti ho avuto pure buone notizie sino a poco tempo fa.

Non è possibile trarre conclusioni da un numero di casi piuttosto esiguo, e che non sono stati seguiti per un periodo di tempo di parecchi anni. È ben noto che da noi non è cosa facile poter avere notizie dei pazienti, dopo che sono stati dimessi dall'ospedale. Il « follow-up », che sembra così facile in altri paesi, specialmente in America, e che solo può darci i risultati definitivi, si presenta da noi in un grande numero di casi, irto di difficoltà. I pazienti, che stanno bene, spesso non rispondono alle lettere del medico.

Volendoci tenere ai fatti constatati, dobbiamo rilevare che i risultati immediati sono stati assai soddisfacenti, in quanto in tutti i casi fu ottenuta la guarigione per prima intenzione.

Buoni sono stati anche i risultati osservati in 4 pazienti da 2 mesi a più di un anno dopo l'operazione. Dell'ultimo caso operato circa 9 mesi fa non ho avuto notizie.

La riluttanza che molti chirurgi hanno a suturare le parti molli in casi di traumi esposti cranio-cerebrali, e sopratutto ad impiegare metodi plastici di chiusura nei traumi esposti della durameninge e del cranio, è basata su due preconcetti: 1) che in una lesione potenzialmente infetta l'impiego di tessuti scarsamente o non vascolarizzati possa favorire l'insorgenza di un'infezione e aggravare questa; 2) che tale metodo, impedendo il deflusso del secreto, e l'ulteriore fuoriuscita di corpi estranei ritenuti, predisponga all'insorgenza di accidenti tardivi. A questo proposito è ben noto il detto di Kocher « che spesso nelle lesioni della volta cranica i danni maggiori non sono causati dall'apertura nel cranio, ma dalla chiusura di questo ».

È evidente che a tali obiezioni può essere opposto solo il risultato della esperienza. Questa ha dimostrato che in un grande numero di casi la sutura totale delle parti molli nei traumi esposti cranio-encefalici dà ottimi risultati non solo immediati, ma anche remoti, quando l'intervento possa essere eseguito nelle prime ore dopo il trauma, e quando il trattamento meccanico e chimico del focolaio traumatico sia fatto adeguatamente.

Neuhof (1920) su di un largo materiale di chirurgia cranio-cerebrale ha trovato che nei casi trattati con la sutura primitiva gli ascessi cerebrali tardivi si verificavano solo nella proporzione dell'1%.

E, per ciò che riguarda la riparazione primitiva delle perdite di sostanza della dura meninge e sopratutto del cranio, nei traumatismi esposti, che è condannata in un recente lavoro di Gueleke, troviamo che ottimi risultati ebbero già nel 1900-1905 sia Bunge, che Braman e Stieda.

I miei pochi casi confermano questi risultati.

Mi sembra che le indicazioni alla chiusura primitiva delle perdite di sostanza del cranio, nei casi di fratture esposte, siano presso a poco le stesse di quelle ben note per la sutura del cuoio capelluto.

Nessuno penserà a fare una plastica osteo-periostea, quando c'è già infezione in atto, o quando sia passato un tempo così lungo dal trauma da rendere assai poco probabile la guarigione per primam.

La detersione del focolaio traumatico è relativamente semplice quando non esiste lesione cerebrale esposta. E in questo caso nessuna controindicazione sembra esistere alla plastica osteo-periostea, quando l'intervento sia eseguito precocemente.

Se esiste lesione cerebrale, e nel cervello si trovino corpi estranei, sarà necessaria l'accurata asportazione di questi, e la rimozione dei detriti, prima di procedere alla plastica. In questi casi non è possibile avere la sicurezza di una detersione completa. Ma non per questo la plastica sarà controindicata. Si dovrà solo vegliare più attentamente sul decorso della lesione. Per ciò che riguarda la plastica secondaria nei traumatismi esposti, quando le lesioni cutanee non sieno ancora riparate, non siamo in grado di arrivare a conclusioni così nette, poichè dovremmo basarle sull'esito, sia pure favorevole, di un solo caso.

* * *

Recentemente (n. 41, di quest'anno, della Sez. pratica del *Policlinico*) Baggio si occupava dello stesso argomento, esponendo un suo « metodo personale per il trattamento osteoplastico di fratture esposte e *di brecce* secondarie della volta cranica ». Metodo cui egli aveva già accennato discutendo la mia comunicazione alla R. Accademia medica di Roma.

Baggio ha ben ragione di dire che la ricostruzione ossea primitiva nelle fratture craniche esposte non ha molti fautori. Io, per

esempio, durante la mia carriera ospitaliera in Roma, non l'ho mai vista applicare.

E dire che non si tratta di una pratica recente e che non le manca la sanzione dei risultati lontani.

Basterà ricordare fra gli altri il lavoro di Stieda (*Arch. f. kl. Chir.*, Bd. 77, 1905), allievo di v. Bramann. In esso sono riportati 15 casi di fratture complicate della volta cranica, nei quali era stata eseguita la chiusura ossea e cutanea primitiva, e che erano stati seguiti per molti anni. I risultati immediati e tardivi erano stati davvero eccellenti.

Quanto ai metodi per colmare la breccia ossea, essi possono essere molteplici; dal riimpianto dei frammenti ossei asportati alle varie plastiche e innesti.

Bisognerà certo dar la preferenza a quelli che, col minore dispendio, offrano buone garanzie per una guarigione non complicata.

Il metodo più economico è senza dubbio quello del riimpianto dei frammenti ossei del focolaio di frattura; e che esso possa dare buoni risultati è dimostrato, fra gli altri, dai 13 casi di Stieda.

Esso deve però avere dei limiti, stabiliti principalmente dal grado di frantumazione ossea, e da quello di contaminazione locale.

Metodi certamente non molto lesivi sono anche quelli, che utilizzano lamelle ossee prese dalle vicinanze, sieno esse libere, sieno esse unite dal periostio. Hanno anche il vantaggio di utilizzare un materiale quasi sicuramente asettico, e di poterne volgere verso il cervello la superficie esterna liscia.

Mi sembra però che, qualunque sia la tecnica seguita, la breccia ossea debba essere richiusa. Poichè è proprio questo il fine, che noi ci proponiamo.

Nè mi pare esattamente corrispondere ai fatti osservati nella pratica l'affermazione di Baggio che nelle ferite d'arma da fuoco la perdita di sostanza cranica sia assai limitata, e nelle fratture per traumi diretti ordinariamente manchi del tutto: «cosicchè nei riguardi della protezione cranica possa essere trascurata». La perdita di sostanza manca spesso nelle fratture avvallate, ma allora il metodo più semplice è quello di rimettere a posto il frammento avvallato. O può anche mancare in fratture comminutive, ma si tratta allora, o di riimpiantare gli stessi frammenti; oppure, se si crede opportuno asportarli, colmare la perdita di sostanza ossea, che, da virtuale, è divenuta reale. E ciò può essere fatto, senza eccessivo dispendio, con un lembo osteo-periosteo a lamine ossee discontinue.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

L'influenza dannosa del caldo estivo sul poppante.

(H. RIETSCHEL, *Medizinische Klinik*, 13 luglio 1924).

È nota l'influenza dannosa che il caldo estivo ha sul poppante, specialmente su quello nutrito artificialmente, sempre minacciato da disturbi intestinali acuti, che provocano l'alta mortalità infantile durante i mesi caldi. L'eziologia di questa mortalità non è del tutto chiarita. Fino ad ora essa si riferiva alle alterazioni batteriche del latte, basandosi particolarmente sulle ricerche di Flügge. È un fatto che con l'elevata temperatura estiva, si ha un aumento enorme dei batteri saprofiti nel latte e veniva quindi naturale che a questi batteri, od almeno alle loro tossine, si attribuissero la diarrea ed i gravi fenomeni che si osservano in questi bambini. L'ipotesi era assai semplice ed è ancor oggi sostenuta da medici e da batteriologi, sebbene i suoi fondamenti teoretici siano scarsi. Flügge aveva trovato che nel latte alcalino si possono sviluppare diverse (circa 12) specie di batterii peptonizzanti che potevano determinare la diarrea in giovani cani. Occorre però osservare che questi batterii non sono ubiquitari e che d'altra parte il latte alcalino si trova raramente, poichè subisce con facilità l'inacidimento, sicchè esso costituisce un ambiente sfavorevole per la vita di detti batteri. Di germi saprofiti che possono diventare patogeni, non se ne sono mai trovati nel latte, e quello descritto dagli autori come streptococco del latte non è altro che lo *streptococcus acidi lactici* (Kruse) che si riscontra in ogni latte acidificato. Il latte può costituire un buon terreno di coltura per i batteri patogeni (tifo, dissenteria, ecc.), ma le diarree estive dei poppanti sono da dividere nettamente dalle forme ad agenti patogeni determinati. In realtà, in questi ultimi tempi dei bacilli dissenterici e paradissenterici (specialmente il bacillo Y), ma queste forme decorrono con fenomeni tipici di infiammazione delle parti basse dell'intestino, specialmente nel colon con reperto di pus e di sangue nelle feci.

Se le malattie estive infantili fossero realmente da riferirsi alle alterazioni del latte da saprofiti, si sarebbe dovuta verificare una diminuzione della mortalità infantile dopo l'introduzione del latte sterilizzato, ciò che l'A. esclude. Rimarrebbe quindi una seconda ipo-

tesi, di attribuire cioè le malattie infantili alle tossine batteriche. Invero, sono state descritte alcune endemie per intossicazione da latte; si tratta però di intossicazioni in massa nelle quali non sono risparmiati gli adulti, e comunque, esse sono assai meno frequenti che le intossicazioni da carne.

La teoria batterica è stata recentemente appoggiata da Bessau, secondo il quale, il B. coli potrebbe arrivare anche nel latte sterilizzato, moltiplicarvisi abbondantemente e produrre le tossine intossicatrici. Mancano però delle prove convincenti.

D'altra parte si deve far rilevare che l'acidificazione spontanea del latte non può costituire il minimo pericolo per il poppante. Ciò è noto da tempo ai pediatri, ma è forse sfuggito al medico pratico. Da anni, nelle cliniche si alimentano i poppanti, sani come malati, con latte o latticello acido. È anzi a ritenersi che il latte acido costituisca un migliore alimento che quello normale, purchè naturalmente l'acidità non sia eccessiva, perchè altrimenti il bambino rifiuta il latte o lo sputa. In pratica l'alimentazione con latte acido può quindi incontrare certe difficoltà, comunque, si può benissimo alimentare il bambino, d'estate, con latte che, alla bollitura coagula, che cioè presenta un grado leggero di acidità. Si può dunque in complesso ritenere che l'ipòtesi della decomposizione batterica del latte da parte di saprofiti, riposa su basi deboli ed è in complesso insostenibile. L'A. fa poi giustamente rilevare che l'aggiunta di soda al latte per mascherare l'acidità (aggiunta che è permessa dalle leggi tedesche) va ritenuta come una vera adulterazione (e come tale viene considerata dalle nostre leggi e quindi proibita). Essa anzitutto dà al latte un cattivo odore ed un sapore saponaceo ed inoltre, se la reazione diventa alcalina, favorisce lo sviluppo di batteri peptonizzanti che possono dare disturbi; va quindi fortemente combattuta.

Esclusa così l'alterazione del latte come causa della mortalità estiva dei poppanti, occorre rivolgere l'attenzione ad altri fattori.

L'A. osserva che, nelle grandi città, la mortalità infantile cresce in modo passeggero e non molto rilevante nelle giornate più calde, mentre invece si fa più notevole in seguito, raggiungendo i massimi in agosto-settembre. Ora i bambini che muoiono nei giorni più caldi presentano un quadro clinico del tutto simile al colpo di calore degli adulti. Si trova in essi l'iperpiressia, per cui sono state anche osservate temperature di 42°,8, si notano delle convulsioni, mentre la diarrea può anche mancare. Si ha come l'impressione che vi sia in questi bambini un apporto eccessivo di calore ed una diminuita dispersione. Si tratta per lo più di bambini di apparenza sana, con ricco pannicolo adiposo, pastosi, ma che, per l'insipienza di chi li accudisce, sono tenuti eccessivamente caldi; l'A. ha potuto osservare casi in cui, nonostante la temperatura elevata esterna, il bambino veniva tenuto caldo con delle bottiglie, sicchè mostrava temperatura attorno a 40°.

Questi casi non sono frequenti e non influiscono sulla mortalità estiva infantile, ma sono importanti perchè dimostrano l'influenza dannosa del caldo sull'organismo infantile. Bisogna tener presente che la temperatura che agisce sul poppante non è quella esterna, ma bensì quella dell'ambiente in cui abita.

Ora, la temperatura della casa dipende essenzialmente da quella delle pareti, le quali si riscaldano gradatamente ed irradiano in seguito il calore ricevuto. Si aggiunga poi che, nelle famiglie del popolo, la stanza di abitazione serve anche da cucina, sicchè anche questo fatto contribuisce ad aumentare la temperatura. L'A. ha trovato in alcune case temperature di 32° che si innalzavano a 37° verso il mezzogiorno, e non discendevano sotto i 28° durante la notte. Tali condizioni, già sgradevoli per l'adulto, che può meglio proteggersi, sono del tutto insopportabili per il poppante, costretto a vivervi per tutta la giornata, affondato nei cuscini, con la tela cerata che impedisce l'evaporazione, e senza poter esprimere il suo disagio. Queste condizioni che possono durare per delle settimane, non portano il colpo di calore acuto, ma danneggiano il bambino, rendendolo più debole contro le cause patogene esterne, mettendolo cioè nelle stesse condizioni in cui si trova l'individuo, non acclimato, nei paesi tropicali.

È stata dimostrata, consecutivamente alla lunga azione del caldo, una diminuzione della acidità gastrica. Ne segue che le parti del tenue abitualmente sterili, possono venire invase dai batteri e questi processi batterici, non dipendenti dall'apporto di batteri con l'alimentazione sono assai importanti per lo sviluppo di disturbi acuti, tanto più se il bambino è già in precedenza indebolito da malattie anche non gravi (influenza, raffreddore, ecc.) sofferte nell'inverno. Basta allora una piccola causa perchè, col favore della temperatura esterna, il bambino vada soggetto a disturbi gastro-intestinali acuti.

Si può obbiettare che anche il poppante alimentato al seno è esposto alle stesse cause dannose eppure vi resiste. Si osserva però che, anzitutto, tale resistenza è ben lungi

dall'essere assoluta e non sono rari i poppanti alimentari al seno che muoiono d'estate con diarrea acuta, convulsioni e coma, ed è questa anzi un argomento contro l'eziologia da avvelenamento batterico per latte. Inoltre il poppante al seno è indubbiamente più resistente contro le cause patologiche, può anche regolare meglio la sua nutrizione ed è protetto contro la ipernutrizione staccandosi dal seno quando è sazio.

In quello alimentato artificialmente poi, l'uso di alimenti concentrati aumenta il pericolo. Quando, p. es., si danno al bambino delle miscele lattee col 7-10% di albumina (come è il caso per il plasmon ed altri alimenti analoghi) e 100 cmc. di acqua per ogni kg. di peso si vede dopo un certo tempo sopravvenire la febbre, che scompare aggiungendo alla dieta dell'acqua o togliendo dell'albumina. Ciò accade perchè manca nel poppante quella regolazione della dieta, che può invece fare l'adulto, il quale nella stagione calda diminuisce la quantità di alimenti ed aumenta quella dell'acqua, introducendo così un minor numero di calorie e disperdendone una maggiore quantità. Nel poppante, nulla di ciò; quando egli piange, gli si dà il latte, che è bevanda, ma è anche cibo, sicchè si ha un apporto eccessivo di calorie, e, mancando una sufficiente dispersione, si ha l'aumento di temperatura.

Tutte queste condizioni contribuiscono a determinare l'elevata mortalità infantile estiva, la quale deve quindi essere considerata come un'azione fisica del caldo sul corpo del bambino, in quanto che tutte le cause che influiscono sfavorevolmente su di esso agiscono insieme, aggiungendovisi anche quella del caldo, contro il quale il bambino non è abbastanza difeso. È appunto d'estate che si verificano i casi ipertermici e quelle tossicosi che decorrono acutamente con diarree e convulsioni. Quelli invece che vengono designati come dispepsia cronica (decomposizione, atrofia) si osservano d'inverno come d'estate.

***

Date queste premesse, la *profilassi* verrà orientata sottraendo anzitutto il poppante alle alte temperature. Tenerlo lontano dal focolare, dargli il bagno due volte al giorno, tenerlo poco vestito, limitare la tela cerata allo stretto necessario, evitare i piumini. Nei giorni caldi, non tenere il bambino in pieno sole od almeno rinfrescarlo ogni tanto con dell'acqua. Si eviteranno inoltre tutti gli alimenti concentrati, che nella stagione fredda sono invece tanto utili e si daranno spesso delle bevande, specialmente nel bambino allattato artificialmente.

Nella terapia, si baderà sopratutto a diminuire il calorico, ciò che si ottiene bene con gli impacchi e con l'introduzione di acqua. Gli impacchi si rinnoveranno ogni 1/2 ora. L'A. sconsiglia i bagni freschi che possono dare collasso ed agire sfavorevolmente. Nei casi gravi sono consigliabili gli analettici, p. es., aggiungendo un po' di vino rosso al tè. L'alimentazione va regolata nel senso di fornirne tanto meno, quanto più grave è il caso. L'A. non è favorevole all'ipodermoclisi; piuttosto, quando non è possibile l'introduzione di acqua per bocca, egli consiglia l'infusione endoperitoneale. Con un bistori, si fa un piccolo taglio nella cute dell'addome nel punto prescelto (preferibilmente fra l'ombelico e la spina iliaca anteriore) e si penetra, con una cannula ottusa, a traverso la fascia, nel peritoneo, iniettando 100 cmc. di soluzione fisiologica. FILIPPINI.

SEMIOTICA.

Le emorragie retiniche nella sintomatologia delle malattie generali.

(E. RAVERDINO. *Minerva Medica*, n. 14, 1924).

L'osservazione e lo studio delle alterazioni dei vasi retinici, con la applicazione di quella che è detta la *microscopia dell'occhio vivente*, sono assai utili alla patologia generale, sia perchè le arterie retiniche presentano una stretta analogia con le arterie cerebrali, tanto che molti autori ammettono una stretta parentela tra emorragie retiniche ed emorragie cerebrali in individui arteriosclerotici, o comunque predisposti a simili incidenti, sia perchè le condizioni normali della circolazione oculare sono tali (rallentamento per ostacolo creato dalla pressione endooculare, e dallo scarso sviluppo delle vie linfatiche, ecc.) da facilitare alterazioni vasali retiniche o coroideali, sia negli stati di gravi, acute intossicazioni generali, sia nelle intossicazioni croniche, laddove esista tendenza a prodursi lesioni delle pareti vasali.

Emorragie retiniche da arteriosclerosi. — Si producono per un impedimento al circolo, specialmente venoso. Le alterazioni sclerotiche della vena centrale e dei suoi rami, specie quelle a carico dell'intima possono da sole produrre una stenosi tale del vaso, che attraverso le pareti alterate il sangue stravasi per diapedesi, o per rexin, a monte della stenosi;

oppure possono dar luogo a occlusione completa con emorragie imponenti, accompagnate da stravaso del plasma, che imbibisce la retina. Il quadro oftalmoscopico è vario, e nei gradi minori non sempre caratteristico. Nei casi tipici i vasi sono visibili come cordoni bianchi, entro cui non circola più il sangue, e alla cui estremità periferica si notano emorragie più o meno estese. Nei casi meno tipici un sintomo della sclerosi dei vasi retinici è l'atrofia del pigmento, più o meno accentuata. Però con più ragione questo sintomo va attribuito alla sclerosi dei vasi coroideali. La maggior parte dei casi di occlusione venosa è da mettere in rapporto con la arteriosclerosi. Alcune volte la occlusione può avvenire in tutto il territorio retinico, con la conseguente perdita improvvisa totale della vista; altre volte invece può essere preso soltanto un distretto retinico, ed allora si ha una riduzione a settore del campo visivo, con un chiaro quadro oftalmoscopico. Fra le malattie retiniche da arteriosclerosi, potrebbe prender posto anche la così detta *retinite circinata*.

Emorragie retiniche da sifilide. — La sifilide è causa di emorragie retiniche anche nel periodo secondario, quando si produce il quadro della papillo-retinite specifica: in questo caso si possono avere emorragie sia per diretta lesione delle pareti vasali, sia attraverso la formazione dell'edema papillare, e conseguente stasi. Più frequenti, invece, sono le emorragie nelle manifestazioni tardive della sifilide acquisita, e nella sifilide ereditaria. Vi sono talora lesioni del sistema circolatorio retino-coroideale determinate da malattie generali, favorite dalla lues stessa, ma non più nettamente distinguibili: tali le lesioni supposte luetiche non differenziabili da quelle arteriosclerotiche. Esistono però lesioni vasali, specie gli aneurismi, la cui etiologia luetica può nella maggior parte dei casi essere dimostrata.

Emorragie recidivanti della retina e del vitreo nei giovani. — I caratteri particolari di questa malattia sarebbero: il suo manifestarsi a preferenza nei giovani di sesso maschile; l'insorgere subitaneo e senza prodromi delle emorragie, che sono abbondanti, tanto che in breve il visus viene ridotto di molto: la frequenza delle recidive che spesso conducono l'occhio colpito alla cecità per complicanze (retinite proliferante). Fra le varie ipotesi eziologiche di questa oscura malattia, la più probabile è quella che ammette la tubercolosi delle pareti delle vene della retina.

All'esame anatomo-patologico si riscontrano più frequentemente lesioni venose e dei capillari, che delle arterie. È raro che si tratti di manifestazioni tbc. tipiche: anzi il più delle volte queste decorrono in modo diverso. Invece in alcuni casi di emorragie giovanili si sarebbero trovate lesioni tbc. in altri organi, e in molti altri alle emorragie recidivanti sarebbero succedute lesioni tbc. tipiche.

Retinite proliferante. — Dalle varie opinioni in proposito si può concludere che il ritrovare una r. proliferante significa che l'individuo ha sofferto di emorragie retiniche, e se essa continua a svilupparsi, è segno che esiste la tendenza al ripetersi di emorragie, e che il tessuto retinico favorisce queste emorragie, essendo esso stesso in preda a processi degenerativi.

Retinite albuminurica. — Le alterazioni retiniche nell'albuminuria, in rapporto alle varie forme di nefrite, e specialmente nelle nefriti croniche, hanno una grande importanza per la prognosi. Il quadro classico è costituito dalla stella maculare, formata da chiazze di degenerazione retinica, dall'intorbidamento ed edema papillare, accompagnato da piccole emorragie sparse in tutto il fondo oculare, ma più facilmente riscontrabili vicino all'uscita dei vasi della papilla. Spesso il quadro non è completo, e si osservano solo le emorragie.

Circa la patogenesi non si è giunti ad una conclusione: recentemente Volhard escludendo l'origine albuminurica o azotemica, ammette quella angiospastica.

Retinite delle gravide. — È in fondo una retinite albuminurica, in quanto che le alterazioni renali sono sempre concomitanti. In molti casi le alterazioni retiniche insorgono improvvise ed imponenti, contemporaneamente alle alterazioni renali, come se fossero manifestazioni parallele di una stessa causa morbosa.

Emorragie retiniche nel diabete, nella gotta, poliuria, ossaluria, fosfaturia. — In un discreto numero di casi di diabete si possono riscontrare emorragie retiniche. Tale lesione è spesso monoculare, mentre la albuminurica è di regola binoculare, e non coesiste quasi mai papillite. Nel diabete isolato non si ha produzione di stella maculare, e le emorragie numerose sono sempre localizzate alla periferia. In molti casi però quando si manifestano le lesioni retiniche, il diabete è unito anche all'albuminuria, e allora il quadro oftalmoscopio non è più caratteristico. La causa della lesione retinica diabetica risiede nelle alterazioni vasali, dovute alla produzione di tossine per l'alterato ricambio, di cui la glicosuria e la iperglicemia non sono che dei sintomi. Alcuni pensano che il diabete acceleri ed aggravi

l'arteriosclerosi, o comunque sia causa di una sclerosi vasale non differenziabile facilmente da quella che si ha nella comune arteriosclerosi.

Emorragie retiniche nell'edema papillare. — L'edema e quindi l'emorragia, può avere origine meccanica, come nella ipertensione cranica, o mista meccanica e infiammatoria. Numerose sono le teorie circa la patogenesi della papilla da stasi, e a seconda delle diverse teorie le alterazioni vasali vengono spiegate in modo un po' differente.

Emorragie traumatiche della retina. — In tale studio hanno importanza sia gli effetti diretti, e immediati del trauma, sia lo stato delle arterie precedente al trauma. Questo spiega le sproporzioni tra alcuni traumi lievi e le imponenti emorragie, che possono avvenire anche per violenti traumi psichici. La compressione del torace può dar luogo a emorragie retiniche probabilmente solo a causa dell'aumento di pressione che determina. Lo stesso accade negli accessi di tosse. Particolarmente interessanti sono le emorragie dei neonati, che si verificherebbero per i traumi subiti durante il parto, e che sarebbero rivelate da alcune statistiche in numero sorprendente (dal 10 al 45 %). Tali emorragie si risolvono abbastanza presto, ma alcune lasciano alterazioni rilevabili più tardi. Sono specialmente disposti ad emorragie retiniche traumatiche gli occhi degli arteriosclerotici e dei miopi. La recente guerra ha permesso di mettere in evidenza lesioni oculari, le quali si manifestano non solo per traumatismo diretto del bulbo oculare, ma anche per azione indiretta, per traumatismo a distanza. Si può constatare o intorbidamento della regione maculare, o rottura isolata della coroide, o contemporanea della retina e della coroide. Altre volte la emorragia segue alla papilla da stasi, che si manifesta dopo i traumatismi cranici, per aumento di pressione.

Emorragie retiniche nelle malattie del sangue. — Sono frequenti, e presentano particolari note oftalmoscopiche. L'aspetto solitamente rossastro del fondo oculare diviene più pallido; le vene, di solito più scure delle arterie, assumono la stessa colorazione di queste, che a loro volta si fanno biancastre. Le vene diventano tortuose con un calibro maggiore del normale. Le emorragie presentano al centro una macchia biancastra. Le alterazioni delle pareti dei vasi sono notevoli anatomopatologicamente. Particolarmente frequenti sono le emorragie nelle *anemie perniciose* e nelle *leucemie*. Nella *clorosi* invece è notevole la facilità con cui si producono le trombosi, forse dovute all'aumento delle piastrine. Le alterazioni del fondo oculare, non frequenti, si manifestano con una papillo-retinite accompagnata da emorragie peripapillari, e da focolai bianchi di degenerazione. In alcuni casi si trovò trombosi della vena centrale della retina, in altri trombosi limitate a un ramo dei vasi centrali.

Emorragie retiniche nelle diatesi emorragiche e nelle malattie da carenza. — Nella *emofilia* sono frequenti e ripetute, come negli altri apparati, e portano, il più sovente, alla perdita dell'organo.

Furono spesso descritte emorragie retrobulbari, con esoftalmo. Eguali alterazioni si sono riscontrate nelle *porpore*, e nello *scorbuto*.

Emorragie retiniche nella malaria. — Secondo Ascoli sarebbero dovute a lesioni renali concomitanti. Talora le lesioni renali sono assenti. Per lo più le emorragie sono accompagnate da lesioni del nervo ottico, papillite ed edema. La patogenesi è forse da attribuire più alle alterazioni del sangue che dei vasi, con impedimento alla circolazione di natura transitoria (intasamento). Generalmente tali emorragie hanno un decorso benigno.

Emorragie retiniche nelle gravi ustioni. — Ciò avviene forse in conseguenza dell'azione delle tossine, circolanti nel sangue, e provenienti dai tessuti ustionati.

Emorragie retiniche nelle setticemie. Oftalmie metastatiche. — Le emorragie retiniche che in questi casi si producono sono una parte del quadro della infezione generale grave.

È dimostrato che le metastasi batteriche sono precedute da lesioni dei vasi, di preferenza retinici, cui segue la partecipazione di tutte le membrane dell'occhio, con andamento clinico della malattia così rapido da giustificare la denominazione proposta di oftalmia metastatica.

A. PICCINELLI.

MEDICINA.

Il significato pratico ed il trattamento dell'extrasistole.

(F. SCHULTZE. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 3 ottobre 1924).

Sino agli ultimi tempi del secolo scorso, si ammetteva che ogni irregolarità del polso fosse da ricondurre a miocardite od a sclerosi del miocardio. Si è invece, in seguito, riconosciuto che, speciatlmente l'extrasistole o contrazione prematura del cuore, non ha nulla a che fare con lesioni anatomiche del muscolo cardiaco, ma è un semplice disturbo funzionale, che può scomparire, disturbo che ha come fondamento dei cambiamenti chimici o fisici, che ci sono finora sconosciuti.

Trattasi, di solito, di disturbi dell'innervazione, per cui si parla di neurosi cardiaca. In realtà, secondo l'A., sarebbe più esatto dire neuromiosi, in quanto che il regolare susseguirsi dei battiti cardiaci sta in dipendenza, non solo delle parti nervose, ma anche di fibre muscolari, che hanno parte nella regolarità del ritmo. Il punto di partenza delle extrasistoli può anche essere extracardiaco, dovuto ad azioni psichiche, a reflessi. Più che la patogenesi però, il pratico, davanti ad un caso di extrasistole, si interessa del significato che essa può avere per il malato e della prognosi *quoad vitam* e *quoad valetudinem*. In generale, si può dire che essa è buona; non si muore per le extrasistoli, come avviene invece per l'aritmia perpetua, da cui le prime si distinguono di solito facilmente, mentre in alcuni casi oscuri è necessario il sussidio dell'elettrocardiogramma.

L'A. esamina quindi le opinioni dei diversi autori sull'argomento, da quella di Mackenzie, secondo il quale, la sola conseguenza temibile dell'extrasistole consiste nella possibilità che si stabilisca l'ipocondria cardiaca, a quella meno favorevole di Wenckebach, e di Goldscheider; per quest'ultimo, ogni aritmia deve considerarsi come patologica.

Si deve però tener presente che la potenzialità cardiaca non soffre per l'extrasistole, in quanto che il cuore si rifà del suo lavoro prematuro con una pausa successiva compensatoria. Anche il susseguirsi di molte extrasistoli non comporta una prognosi cattiva ed il norvegese Koppangs riporta il caso di un medico di 42 anni, che, nonostante una notevole extrasistolia che durava da 30 anni, esercitava attivamente la professione e faceva dello sport di ogni genere, conquistando anche delle medaglie d'oro. L' elettrocardiogramma mostrava una extrasistolia assai considerevole, ma era normale in tutto il resto. Ancora più interessante è l'autoosservazione di Erb, il quale si accorse a 29 anni, della prima extrasistole che gli durò per 27 anni, senza porgli nessuna limitazione di attività. In seguito, si stabilirono degli accessi di tachiaritmia, che duravano da 6 a 48 ore, ed erano talvolta assai penosi, ma non gli impedivano l'esercizio fisico e nemmeno l'alpinismo. Più tardi, dopo il 70° anno, cessarono improvvisamente, e si ebbero soltanto delle rare extrasistoli. Erb subì a 70 anni una grave operazione per calcoli biliari, con manifestazioni febbrili ed un grande stato di adinamia; morì poi a 83 anni per malattia infettiva intestinale, senza che si fossero mai avuti fenomeni patologici cardiaci.

Queste ed altre osservazioni, anche dell'A., dimostrano che alla extrasistole è legata una prognosi favorevole; il fenomeno, di solito, scompare nell'esercizio fisico violento, perchè si susseguono rapide contrazioni, per cui vi è meno posto per l'extrasistole. Con essa, si può permettere il servizio militare; essa non deve in nessun modo ostacolare l'assicurazione della vita. Beninteso, si deve dapprima assodare che il cuore sia perfettamente sano, con tutte le prove funzionali, collegate con lo sforzo fisico e con tutti i metodi di ricerca.

L'extrasistole viene considerata da taluno come un fenomeno di stanchezza, ciò che, in parte, può essere vero; vi contrasta però il fatto che, invece, con lo sforzo fisico essa può scomparire. Diminuisce, o si sospende di solito spesso durante il sonno, ma occorrerebbero nuove ricerche per conoscere se ciò avvenga regolarmente. Viceversa si osserva il fatto strano che essa si rinforza e diviene sensibile, proprio quando si prende la posizione di riposo, p. es., dopo il pasto del mezzogiorno. Forse hanno parte, in tal caso, delle eccitazioni riflesse, che partono dallo stomaco ripieno, il quale spinge in alto il diaframma.

Accanto ad una stanchezza generale o locale, ha importanza anche l'elevata eccitabilità del cuore stesso, sicchè si ha una specie di debolezza irritabile, quale è conosciuta nella neurastenia generale e nell'esaurimento nervoso. E, come in questi individui i riflessi tendinei sono aumentati ed il riflesso muscolare viene rinforzato dal raffreddamento parziale della cute, si osserva che le extrasistoli aumentano con il raffreddamento. Dove si esplichi tale debolezza irritabile e l'elevata eccitabilità, non sappiamo.

Per il trattamento, si può anzitutto concedere nei cuori altrimenti sani anche lo sforzo fisico, purchè vi sia la possibilità di riposo e di certi riguardi. Negli ansiosi è necessario infondere la calma psichica e consigliare la moderazione nell'uso del caffè, del tè, del vino, del tabacco. Sull'azione di tali sostanze, le opinioni degli autori sono diverse. Così Wenckebach non ha osservato aumento di extrasistole con l'abuso di tabacco e di tè, mentre invece Koppang attribuisce al tabacco ed al caffè una certa importanza per la produzione di extrasistole e la parte di causa coadiuvante; egli quindi, almeno sul principio della cura, proibisce tali sostanze. Si può osservare che, sotto tale rapporto, ogni caso presenta le sue caratteristiche, ma che spesso si ha a che fare con individui con debolezza, nervosità,

neurastenia, che debbono anzitutto essere curate, specialmente con l'astensione di ogni eccitazione.

Fra i medicamenti, la digitale è inutile, sebbene alcuni abbiano trovato giovamento nella somministrazione di piccole dosi.

Con tale medicamento, Wenckebach intenderebbe di abbassare l'elevata eccitabilità del muscolo cardiaco. Non si comprende quindi come lo stesso autore abbia ottenuto buoni risultati con la stricnina (2 mg. al giorno per 20 giorni) in casi di extrasistole puramente funzionale, mentre l'azione favorevole di essa potrebbe ammettersi solo se si trattasse di stanchezza o di debolezza dell'innervazione cardiaca. Siccome invece, appare più giusta l'ipotesi dell'elevata eccitabilità, si deve ritenere che, in tali casi, si avesse la paralizzazione di qualche influenza inibitoria, la quale impediva il regolare succedersi delle contrazioni cardiache. Comunque il perchè dell'azione favorevole ci rimane ignoto, poichè il meccanismo vero della extrasistole ci è sconosciuto ed è probabile che non sia lo stesso in tutti i casi.

Altri autori trovarono giovamento nel chinino e, recentemente, venne raccomandata la chinidina, medicamenti che abbassano l'eccitabilità cardiaca. Koppangs ha usato la chinidina a lungo, specialmente in casi ostinati, in cui l'extrasistole era tormentosa; egli ne somministra 20 cg. per bocca tre volte al giorno, dandone complessivamente non meno di 4-6 g., e ripetendo la somministrazione, di tanto in tanto, anche dopo la scomparsa dei disturbi.

Per la grande maggioranza dei casi, l'A. concorda con l'opinione di Mackenzie che tali irregolarità debbano trattarsi non con delle medicine, ma soprattutto con la tranquillità e con l'evitare per ogni singolo caso, le cause dannose. Nel caso di insonnia, sarà assai utile la somministrazione di adatti sonniferi.

FILIPPINI.

CHIRURGIA.

Sulle indicazioni al trattamento operatorio sulla calcolosi biliare.

(W. KÖRTE. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 27 Juni 1924).

Nel porre le indicazioni al trattamento conservativo od operatorio della colelitiasi, è importante distinguere due stadii del male: 1) quello nel quale i calcoli producono essenzialmente stimoli meccanici delle vie biliari, mentre mancano sintomi di infiammazione o di infezione: colelitiasi regolare di Naunyn. 2) Quello nel quale, per la comparsa di infezioni nella vescica o nelle vie biliari, si hanno sintomi di infiammazione acuta o cronica (febbre, brividi, sensibilità alla pressione nella regione della vescica biliare, ritenzione di bile); colelitiasi irregolare di Naunyn.

Nel primo stadio gli attacchi colici possono produrre sofferenze grandi, ma non si hanno imminenti pericoli, mentre nel secondo stadio, per cause mediate o immediate, il pericolo di vita compare. Lo stadio asettico (regolare) può sempre entrare in un periodo di latenza, la cui durata può essere breve o lunga, come può passare nel secondo stadio che è quello pericoloso. Raramente avviene che una colelitiasi complicata da infezione passi nello stadio di latenza. Attualmente non possediamo alcun mezzo sicuro per avviare la malattia allo stadio di latenza o per impedire il passaggio allo stadio pericoloso.

Mentre la cura del primo stadio della malattia è principalmente medica e la cura chirurgica non interviene che quando la cura medica abbia fallito, nel secondo stadio viene sempre più largamente accettata la cura chirurgica la quale consiste nell'asportare i calcoli e gli organi nei quali essi si formano.

Dopo il lavoro fondamentale di Courvoisier (1890) le indicazioni operatorie si sono classificate in assolute relative. Le prime sono rappresentate dai pericoli di vita; le seconde dalla frequenza e dall'entità delle sofferenze. I diversi chirurghi attribuiscono a queste indicazioni valori diversi. Kehr (1913), secondo la propria esperienza, ha ammesso che l'operazione sia necessaria nel 20 % dei casi di colelitiasi, Riedel nel 90 %; e la differenza è causata dallo scopo di operare casi precoci e di evitare le suppurazioni, le infiammazioni destruenti, le chiusure del coledoco, la colangite, ecc. A quest'ultima tendenza hanno acceduto recentemente molti chirurghi i quali vantano la completezza dell'effetto curativo radicale ottenuta a prezzo di una mortalità minima. A dimostrare questa tesi Hotz ha raccolto in 5 anni una statistica di oltre 12,000 casi appartenenti a 36 chirurghi, venendo alla conclusione che il pericolo non sta nell'operazione, ma nel ritardo della esecuzione di essa e che le cause di morte sono l'avanzato stadio dell'infiammazione ed il deperimento organico dei pazienti che hanno a lungo sofferto.

Queste conclusioni sono certamente razionali; tuttavia, anche nelle condizioni migliori, l'operazione non va disgiunta da una mortalità del 2 %. E allora si può obbiettare: è opportuno consigliar l'intervento fin dall'inizio delle sofferenze, atteso che non sappiamo pre-

vedere se seguirà un periodo di latenza lungo o breve e se non possiamo nemmeno escludere che il paziente non abbia più a soffrire per tutta la vita?

L'esperienza degli ultimi cinque anni di pratica privata dell'A. dà i seguenti risultati sui pericoli della calcolosi biliare. Su 8 casi, per lo più dopo numerose coliche, si erano stabilite affezioni mortali: 2 emorragie colemiche, 4 colangiti e sepsi biliari, 1 perforazione di ascesso nel peritoneo, 1 necrosi del pancreas. Su tutti questi casi un intervento precoce avrebbe verosimilmente evitato l'esito letale. In 2 casi si ebbero gravi complicazioni (1 ascesso sottoepatico, 1 perforazione nello stomaco) che poterono fortunatamente essere guarite. Il pericolo di esse si sarebbe però evitato con interventi precoci.

Inoltre furono operati, e guariti tutti, 21 casi di colecistite infettiva. Tutti questi malati si trovarono in non lieve pericolo che certo non sarebbe stato corso se l'operazione fosse stata precoce.

Queste esperienze, che corrispondono a quelle fatte sui malati d'ospedale, insegnano che l'attacco acuto racchiude dei pericoli tra i quali quelli immediati sono la perforazione della vescica biliare nel peritoneo con peritonite purulenta biliare oppure la peritonite che, anche senza perforazione, si stabilisce attraverso la parete della vescica biliare malata che diviene permeabile alla bile ed ai germi.

Le peritoniti che hanno origine da lesioni della vescica biliare spesso vengono circoscritte da aderenze; ma gli ascessi circoscritti intorno alla vescica biliare, anche dopo che l'attacco acuto è passato, possono provocare complicazioni: trombosi venose settiche, pileflebite e ascessi epatici multipli, pancreatiti mediate per via linfatica. Oppure l'infezione può propagarsi al fegato per la via dei dotti biliari.

Infine un calcolo, fortunatamente giunto nell'intestino per perforazione della sua parete, può dar origine ad una occlusione intestinale.

Sorpassato l'attacco acuto, si stabiliscono aderenze, ulcerazioni, retrazioni della vescica biliare che divengono causa di disturbi durevoli anche se l'attacco non si ripete.

Per le considerazioni sopra esposte l'A. pone le seguenti indicazioni operatorie.

Nella colecistite acuta infettiva è da operare durante o subito dopo l'attacco e si deve eseguire, se è possibile, la colecistectomia. Su 265 operazioni eseguite in questo stadio ha avuto una mortalità del 4 %.

Quando i calcoli sono giunti nel coledoco il pericolo dell'angiocolite rende urgente l'operazione. Nei casi di chiusura completa delle vie biliari un'attesa di più di due settimane espone al pericolo delle emorragie colemiche. L'A. su 12 casi di calcolosi del coledoco operati privatamente negli ultimi cinque anni non ha avuto alcun caso di morte.

Sono controindicazioni operatorie: contemporanee affezioni gravi del cuore e dei vasi, dei polmoni, dei reni e un grave diabete. La forma lieve del diabete alimentare non costituisce controindicazione; tuttavia, se è possibile, è bene regolare precedentemente il ricambio dello zucchero.

I malati di colecistite cronica recidivante giungono di regola al chirurgo dopo che per anni hanno fatto uso di tutte le cure possibili. Ad essi è consigliabile l'operazione se, malgrado il trattamento interno, i disturbi sono frequenti, se abitualmente persista una certa sensibilità alla pressione ed una tumefazione palpabile nella regione della vescica biliare; se periodicamente si abbiano attacchi febbrili o itteri transitorii. Infine, tra i momenti che consigliano un più sollecito intervento, è da porre anche il frequente abuso della morfina che, se non interrotto dalla cura radicale delle sofferenze, per sè solo frequentemente conduce a uno stato grave quale è il morfinismo.

Controindicazioni all'operazione sono in questi casi quelle stesse che sono state enumerate precedentemente.

Nella colelitiasi «regolare» di Naunyn, che l'A. chiama non infiammatoria, si può non consigliare l'intervento dopo i primi attacchi. Ma se gli attacchi sono frequenti e se ne deriva una diminuzione della possibilità di lavorare è consigliabile, specialmente nei pazienti di condizione povera, di troncare il male con l'operazione. L'operazione in questi casi presenta una mortalità molto bassa e tanto più bassa quanto più si tratta di soggetti giovani.

L'emissione di calcoli per le vie naturali, dopo una colica «efficace», viene da alcuni considerata come prova della guarigione spontanea. In realtà i calcoli che passano per le vie naturali sono quelli piccoli e nessuno può dire quanti ne restino nella vescica biliare: molto spesso i soggetti che hanno le coliche «efficaci» hanno nella vescica biliare un inesauribile magazzino di piccoli calcoli. Perciò l'emissione di calcoli non è prova di guarigione spontanea.

L'idrope cronico della vescica biliare in genere non produce che pochi disturbi.

La chiusura del dotto cistico è spesso prodotta da un calcolo di colesterina che, secondo Aschoff, si può formare all'infuori di ogni processo infiammatorio. Si comprende perciò come possa per lunghi anni mancare la indica-

zione urgente ad asportare una vescica biliare idropica; l'urgenza però compare appena intervengano fenomeni infiammatorii.

Concludendo: nelle infiammazioni acute gravi l'A. è favorevole all'operazione precoce durante l'attacco o subito dopo di esso; nella calcolosi del coledoco consiglia l'operazione dopo breve attesa. Nelle infiammazioni croniche il grado dei disturbi ed i dati dell'esame obbiettivo sono decisivi; nella colelitiasi non infiammatoria la decisione è regolata dal grado dei disturbi e dall'esperienza che una illimitata fiducia sulla benignità del male può preparare le più sgradevoli sorprese.

L'arte del medico consiste appunto nel riconoscere a tempo quando stia per intervenire un pericoloso mutamento del male e nel consigliare immediatamente l'appropriato trattamento curativo. EGIDI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

SACCONAGHI G. L. (Brescia). *La clinica della adesione pericardica* («*Fibrechia del cuore nell'aspetto suo diagnostico*»). Collezione del «Policlinico», pagg. VIII-200. Editore *Luigi Pozzi*. Roma, 1924. Prezzo L. 20.

Questo libro è, con qualche aggiunta e qualche ritocco, la desiderata edizione italiana di un'opera che l'autore pubblicava lo scorso anno in lingua tedesca a Lipsia. Nel presentare, pertanto, questo libro ai lettori del «Policlinico» non posso non ripetere in gran parte quel che ho già avuto occasione di scrivere in altro giornale nel presentare l'edizione tedesca.

Profondità di analisi, rigore di logica, originalità e indipendenza di vedute, i pregi che fecero la meritata fortuna di un'altra opera classica dell'autore («La diagnosi dei tumori addominali»), sono, se è possibile, anche maggiormente pronunziati e affinati in questa, che non rappresenta affatto una semplice esposizione delle nozioni a tutt'oggi acquisite, ma una rifusione del difficile argomento in un tutto organico ed omogeneo, una ricostruzione essenzialmente personale quanto ricca di contributi nuovi, fatta con mano maestra.

La maggior parte della trattazione semiologica e diagnostica, ed anzi tutta la parte notevolissima che concerne la fenomenologia cardiodinamica, è imperniata su due concetti fisiopatologici affatto originali: 1) Funzione clinica precipua del cavo pericardico è di permettere, quando per estese aderenze pleuriche o estese lesioni proprie o forte rimozione l'organo polmonare non può seguitare il cuore nei singoli ritmici volvimenti rifiguratorii, il formarsi di una sorta d'idropericardio ex vacuo che libera il cuore dalla necessità gravosa di trascinare con sè, specie nei moti sistolici, la rigida parete toracica; ove per obliterazione pericardica manchi la possibilità di siffatto idropericardio dinamico, e nel tempo stesso l'organo polmonare in tutto o in buona parte non possa seguitare il cuore, la detta gravezza incomberà. 2) L'iperdiastole è necessaria al sollecito ripristinarsi dell'equilibrio circolatorio generale ogni volta che questo equilibrio per fatto patologico qualsiasi od anche per fatto fugace fisiologico sia alterato; ove per pericardite callosa manchi la possibilità dell'iperdiastole ripristinatrice, il disequilibrio, che si oggettiva allora quasi solo nella stasi epatica, si fa per così dire diuturno e può promuovere i più alti gradi di una consecutiva stasi venoportale anche in mancanza di edemi. Questi concetti suoi l'A., per ragione di chiarezza espositiva, premette alla trattazione in forma quasi aprioristica; ma, nel desumere poi da essi la spiegazione e la coordinazione della complessa fenomenologia in riferimento alle singole forme o varietà anatomiche di pericardite adesiva e alle eventuali concomitanze patologiche, non trascura mai di dimostrare via via, sul fondamento dell'esperienza e particolarmente dei reperti autopsici altrui e propri, la rispondenza dei fatti alla argomentazione dottrinale.

Il contributo è prezioso e il suo studio accurato profittevole non solo alla cerchia dei cultori di cardiologia, ma, come modello e gioiello di sano indirizzo clinico, incitamento a seguirlo; un lavoro meditato e importante che torna ad onore degli studi italiani di medicina.

Nella recensione del libro tedesco esprimevo con ferma fede l'augurio d'una sollecita edizione italiana, sì che si potesse leggere la bella opera nell'idioma nostro, in cui era stata primamente scritta. La solerzia impareggiabile del Cav. Pozzi ha dato, come vedesi, effetto all'augurio, e l'ha dato con tutta signorilità, nulla risparmiando perchè il libro riuscisse, pur nel rispetto tipografico, in tutto degno della sua casa editrice e della fatica dell'autore. Il quale autore merita lode anche per la vigilante sua cura di scriver sempre «italianamente» con arte delicata di parola e nel tempo stesso con una precisione e stringatezza scientifica che obbliga senza posa tutta l'attenzione di chi legge: difetto agli occhi di coloro che anche di clinica pretendono poter leggere per semplice divagazione, ma pregio per chi lo studio clinico considera, come è, esercitazione severa e serrata del pensiero.

Esprimevo altresì l'augurio che del prof. Sacconaghi tornasse presto alla luce, in seconda edizione rinnovata, anche la « Diagnosi dei tumori addominali », opera classica che costituisce tuttodì la più sicura guida del medico in questa sì spesso insidiosa materia, e che ha avuto l'onore di due traduzioni (tedesca e francese). Quest'augurio non s'è per anco avverato; ma confido che la solerzia degli editori nostri venga presto a incoraggiar l'autore anche a questa nuova meritoria fatica.

Prof. MAURIZIO ASCOLI.

E. PAPIN. *Endoscopie opératoire des voies urinaires*. Maloine — Paris 1923, pag. 110, fig. 85, tavole a colori 8. — Fr. 26.

Se in breve volger di anni son divenuti numerosi i manuali e gli atlanti di cisto od uretroscopia, mancava invece un'opera sulla endoscopia operativa delle vie urinarie. A Papin spetta il merito di aver colmato questa lacuna e di aver trasformato secondo l'esigenze dei tempi e conformemente all'importanza che le spetta, la sua idea primitiva.

Infatti l'A. non aveva altra intenzione che di dare ai suoi strumenti personali, una maggior diffusione di quella che già non lo avessero, ma poi ha voluto comporre un'opera didattica, precisando quei metodi che di solito nei manuali ordinari di cistoscopia e di urologia sono appena accennati. Nel trattato di Papin si trovano descritti in 4 capitoli le operazioni endoscopiche e lo strumentario relativo, proprio, delle affezioni dell'uretra posteriore, della vescica e dell'uretere. Le numerose figure sia nere che a colori, talora di una eccessiva evidenza, accompagnate da un testo chiaro con spiegazioni esaurienti, rendono di certo il manuale indispensabile allo specialista, utile al chirurgo e al medico nella diagnosi e nella cura delle affezioni proprie del sistema urinario. Un altro merito dell'opera, che può dirsi completa, consiste nell'aver riportato le conclusioni, le idee e descritti gli strumenti, non solo americani, ma anche tedeschi ed austriaci.

E. MINGAZZINI.

WOSSIDLO. *Atlante cistoscopico*, p. VIII-111 in 8°, fig. 53 nel testo, 43 tavole a colori con 253 figure. 3ª edizione W. ENGELMANN. Lipsia, 1924, pr. 39. M. O. [c. = L. 220 (!)].

La notorietà dell'A. dispensa da presentazioni convenzionali, ma anche senza questa commendativa l'Atlante del Wossidlo si raccomanderebbe di per sè, considerando e vedendo le magnifiche tavole, le quali ne rappresentano la massima parte, essendo accompagnate da poche parole di testo indispensabili alla comprensione esatta delle figure.

Tutte le visioni cistoscopiche dalle normali alle patologiche, da quelle abituali di ogni giorno, alle rarità (billarzia, lues) sono riprodotte con grande fedeltà e chiarezza.

Queste prerogative lo rendono indispensabile allo specialista ed al chirurgo e lo pongono tra le migliori opere apparse sull'argomento.

E. MINGAZZINI.

DARTIGUES. *Tecnica chirurgica degli innesti testicolari dalla scimmia all'uomo, secondo il metodo di Voronoff*. Parigi, Libreria Ottavio Doin. Gastone Doin, editore, 1923.

Dopo alcune considerazioni generali sull'utilità, scelta e condizione di vitalità dell'innesto testicolare, l'A. descrive schematicamente i vari tempi dell'atto operativo nella scimmia e nell'uomo, corredandoli di numerose figure, che dimostrano molto bene i vari particolari di tecnica. Chiudono il volumetto alcuni cenni sulle cure post-operatorie e le possibili successive complicazioni.

E' un libro utile e chi voglia farsi un concetto esatto di questa operazione e una buona guida a chi voglia accingersi ad essa.

G. MATRONOLA.

OEHLECKER F. *Tubercolosi ossea ed articolare* (*Tuberkolose der Knochen und Gelenke*). P. VI-401 con 356 figure. Urban e Schwarzenberg, Berlin-Vienna 1924, L. = 136.

La grande importanza e sopratutto la grande diffusione della tubercolosi in genere e di quella ossea ed articolare in ispecie hanno indotto l'A. a comporre un trattato su tale argomento. Vi hanno contribuito anche altre ragioni: l'incertezza di molti colleghi medici condotti o medici pratici, di fronte a simili affezioni, privi di solide direttive, o memori di idee oramai superate o apprese da tempo nelle scuole. Oggi non è facile formarsi un concetto esatto corrispondente alle vedute terapeutiche moderne, neanche seguendo la letteratura nelle pubblicazioni scientifiche, ove appaiono le proposte più disparate ed antagoniste. Era quindi più che opportuno che persona competente come l'A., che si è sempre occupato e con predilezione di tali quesiti, si addossasse l'onere di tracciare un quadro esatto di queste malattie specifiche e ne dettasse i principii informatori della cura.

L'opera è divisa in due parti: nella generale è compresa l'anatomia patologica, la etiologia, la sintomatologia, la diagnosi, la prognosi, il decorso della tubercolosi ossea ed articolare. Due capitoli speciali sono riservati uno ai rapporti tra tubercolosi ossea ed infortuni, un altro alla cura. Nella parte speciale si parla in

modo particolare della tubercolosi nelle sue singole localizzazioni ossee ed articolari.

Il testo è chiaro e le numerose e nitide figure opportunamente scelte, ne rendono ancor più agevole la lettura. E. MINGAZZINI.

S. VACCHELLI. *Le vie di deflusso degli ascessi ossifluenti.* — 1 Vol. di pag. 162, con numerose figure. — Bologna, 1924; editore L. Cappelli. — Prezzo L. 20.

In base a numerose ricerche cliniche, radiologiche ed anatomo-patologiche, questo poderoso lavoro dà nuova luce all'argomento e perciò riuscirà molto interessante per gli studiosi e molto utile per i pratici. Il lavoro dell'insigne primario dell' Istituto Elioterapico « Codivilla », in Cortina d'Ampezzo, è ricco di dati originali. È copiosamente e nitidamente illustrato. S. C.

CLASEN E. *Varicen, Ulcus cruris und ihre Behandlung (Levarici, l'ulcera varicosa e la loro cura).* II Ediz., p. 138. Urban und Schwarzenberg, Berlin-Vienna, 1924. Prezzo fr. svizzeri 2,60.

Le varici e l'ulcera varicosa, sebbene rappresentino due affezioni oltremodo frequenti, risvegliano di rado, un interesse sia scientifico che pratico; eppure sono non di meno, la croce di tanti pazienti e di parecchi medici.

Queste considerazioni hanno indotto l'A. di questo piccolo libriccino a divulgare, anche perchè richiestone da molti suoi colleghi, il frutto della esperienza personale sull'argomento.

Le tristi condizioni del dopo-guerra hanno costretto a ritrovare dei rimedi efficaci ma poco costosi, e a far tesoro di tanti piccoli ammaestramenti, che disdegnati nel tempo dell'abbondanza, son tornati oggi e con onore ad occupare un posto importante nella terapia.

Malgrado le sue modeste pretese l'opera si legge con interesse e con utilità.

E. MINGAZZINI.

P. DUVAL, J. C. ROUX, H. BECLERE. *Etudes médico-radio-chirurgicales sur le duodenum* — Masson e C., editori. Parigi, 1924.

Questi interessanti studi sono il frutto della collaborazione di un medico, di un chirurgo e di un radiologo, a cui si è aggiunto anche l'opera di un chimico; ciò indica subito come gli AA. concepiscono e praticano lo studio delle malattie del tubo digerente.

Da tale necessaria collaborazione non risulta la semplice giustà posizione di vari lavori, ma un unico lavoro, una fusione intima dei dati acquisiti da ciascun autore e vagliati ed accettati in comune.

Sono studi che derivano dall'insegnamento impartito alla Clinica Terapeutica Chirurgica della Facoltà di Medicina di Parigi, e concernono argomenti relativamente nuovi della patologia del duodeno e rispecchiano l'esperienza personale degli AA.

Sono divisi in 6 capitoli:

1) Il duodeno nella litiasi biliare (modificazione della sua forma, del suo calibro, della sua situazione; la peri-duodenite biliare).

2) La peri-duodenite stenosante essenziale.

3) La compressione cronica della terza porzione del duodeno dovuta al peduncolo mesenterico.

4) La duodeno-digiuno-stomia (studio della tecnica operatoria).

5) I segni radiologici dell'ulcera del bulbo duodenale.

6) L'intossicazione nella ritenzione duodenale.

Le numerose radiografie che illustrano il testo furono eseguite sopra malati che gli AA. hanno studiato e seguito prima e dopo l'intervento chirurgico, riuscendo in tal modo a stabilire una semeiologia ad un tempo clinica e radiologica, a meglio precisare le indicazioni operatorie e a controllare con la maggiore esattezza i risultati della operazione.

Per facilitare l'interpretazione delle immagini radiografiche ciascuna di queste è accompagnata da un piccolo disegno schematico e da un testo esplicativo.

Questi studi sono raccolti in un bel volume di 264 pagine con 127 figure, signorilmente edito dalla Casa Masson e C. di Parigi.

P.

V. SIMEONI. *Esclusioni intestinali (tranne il piloro).* Ediz. della Rassegna Internaz. di Clin. e Terap. Napoli, 1924.

In una prima parte del volume sono passati in rassegna i vari metodi di esclusione anatomica e di esclusione funzionale di tratti di intestino, descrivendo per ciascuno la tecnica e riportando numerosi casi clinici riuniti dalla letteratura. Per ciascuna esclusione sono anche trattate le nuove condizioni fisio-patologiche create dall'atto operativo.

In una seconda parte sono riassunte le varie affezioni per le quali l'esclusione può essere indicata.

Seguono, infine, alcune ricerche personali sur un processo valvolare ideato dall'A. per ovviare ai fenomeni di reflusso lamentati nelle singole operazioni deviatrici dell'intestino.

E' un volume accurato, ricco di letteratura, che sarà letto con profitto da chi s'interessa dell'argomento. MATRONOLA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Sviluppo osseo nei disordini endocrini.

Già da tempo si conoscono le modificazioni generali cui il sistema osseo va incontro in varii disordini delle ghiandole endocrine ed è nota anzi la presenza di anomalie locali nell'accrescimento e sviluppo di singole ossa in rapporto con speciali disfunzioni endocrine.

L'avvento dell'indagine radiologica ha reso possibile uno studio più preciso delle fasi diverse dell'accrescimento osseo sia per quanto riguarda lo sviluppo dei nuclei come la chiusura delle estremità epifisarie, processi le cui variazioni nei soggetti endocrini la clinica aveva del resto già rilevato.

W. M. Engelbach e A. Mc Mahon (*Endocrinology*, genn. 1924) si sono proposti di determinare: 1) lo sviluppo osseo normale durante l'accrescimento nelle varie età da 1 a 25 aa.; 2) le deviazioni di tale sviluppo nelle varie endocrinopatie, tiroidismo, pituitarismo, gonadismo, pinealismo, timolinfatismo, sindromi plurighiandolari, ecc ; 3) l'eventuale specificità delle secrezioni interne di tali ghiandole nella loro azione sopra l'accrescimento osseo in genere o di una determinata serie di ossa (piatte, lunghe e brevi).

Una volta stabilita la presenza di tali ormoni specifici, le alterazioni ossee con essi in rapporto sarebbero di grande valore per una diagnosi precoce di quelle determinate endocrinopatie e potrebbero inoltre fornire, non solo una misura della funzionalità degli organi affetti, ma, anche, dei risultati terapeutici ottenuti.

Gli AA. si basano su raffronti molteplici eseguiti tra soggetti normali e endocrinopatici della stessa età dal 1° al 25° anno. È parte essenziale nell'esame dei varii soggetti un accurato controllo radiografico concernente le varie specie di ossa, lo stato delle linee epifisarie, la comparsa dei centri ossei e lo sviluppo generale delle singole porzioni scheletriche.

Dai risultati complessivi delle osservazioni conviene anzitutto rilevare l'importanza notevole dei segni roentgenologici tale da superare nelle endocrinopatie studiate, quella delle altre ricerche di laboratorio.

Per quanto riguarda le alterazioni dello sviluppo osseo in relazione colle affezioni endocrine osservate, gli AA. così concludono:

1) Nell'ipotiroidismo si verifica in genere un ritardo nello sviluppo di tutte le ossa dimostrabile roentgenologicamente in tutte le età fino a sviluppo completo. Caretterizzerebbe l'ipotiroidismo un ritardo nell'accrescimento delle ossa del corpo e, nei primi anni di vita, l'assenza del capitato e dell'uncinato.

2) Nell'ipogonadismo e nell'eunucoidismo si riscontra un ritardo deciso nella fusione delle estremità epifisarie delle ossa lunghe, insieme con un accrescimento eccessivo di queste ossa medesime dovuto alla presenza di un ormone attivo proveniente dal lobo ant. dell'ipofisi. Nell'ipogonadismo secondario manca la dimostrazione roentgenologica di anomalie simili.

3) Nell'insufficienza del lobo anteriore della pituitaria, nella quale alla deficienza primaria di tale lobo succede una deficienza secondaria degli organi della riproduzione, si verifica costantemente un ritardo nella chiusura delle estremità epifisarie delle ossa lunghe e un deficiente accrescimento delle medesime per l'assenza dell'ormone proveniente dal lobo anteriore dell'ipofisi.

4) Nelle sindromi plurighiandolari l'interpretazione dello sviluppo osseo secondo l'immagine radioscopica è assai difficile. Gli AA ritengono ad ogni modo che prevalgano i seguenti fatti: *a*) nei disordini tiro-pituitarii un anticipo dello sviluppo dei nuclei carpali e delle ossa lunghe superiore a quanto si ha nel puro ipotiroidismo non associato a disordine pituitario; *b*) nel pituitaro-tiroidismo un ritardo nella comparsa dei nuclei ossei e nella fusione delle estremità epifisarie delle ossa lunghe più pronunciato di quanto si verifica nel puro ipotiroidismo o anche nel normale. *c*) Le immagini eterogenee offerte dalle sindromi plurighiandolari dipendono dall'ordine di tempo secondo il quale le singole ghiandole vengono interessate.

Per tale ragione la combinazione di disordini interessanti i medesimi organi ghiandolari può offrire, anche in soggetti della stessa età, immagini radiografiche del tutto differenti; ad es. il tiro-pituitarismo si distingue dal pituitaro-tiroidismo per il fatto che nel primo si ha un primitivo ipotiroidismo con susseguente deficienza pituitaria, mentre nel secondo la deficienza pituitaria precede ed è complicata dalla deficienza tiroidea.

5) Nella *pubertas praecox* (sospetto pinealismo) si riscontra uno sviluppo straordinariamente avanzato dei nuclei ossei e una precoce fusione delle linee epifisarie.

6) Nel timo-linfatismo sembra voglia presentarsi lo stesso ritardo dell'ipotiroidismo lieve.

Agli ulteriori studi spetterà una migliore chiarificazione dei rapporti intercorrenti tra funzione timica e sviluppo osseo.

M. AGOSTINI.

La cachessia ipofisaria.

I sintomi di questa sindrome (rif. in *Riforma medica*, 7 luglio 1924) consistono in un progressivo deperimento organico con forte diminuzione del peso e modificazioni del colorito della cute che assume una tonalità giallo-pallida. Si ha anche senilità precoce che si manifesta con modificazioni della fisionomia, rugosità e secchezza della pelle, incanutimento dei peli, perdita di questi (ascelle, genitali, modificazioni del sangue. Nelle donne appaiono subito disturbi a carico delle mestruazioni che si fanno scarse o sporadiche o rapidamente si arrestano; tutto ciò prima dell'età normale della menopausa.

Nei casi tipici, il decorso è lento e subdolo, ma può anche verificarsi acutamente. La morte avviene lentamente attraverso i sintomi del progressivo deperimento organico. La diagnosi si basa sui sintomi descritti; qualche volta il sospetto viene confermato dall'efficacia della terapia ipofisaria. Nel caso di tumori può aversi un lume dalla radioscopia. La malattia predilige il sesso femminile e l'età dai 20 ai 40 anni.

La terapia è quella ipofisaria; in qualche caso (sifilide) può essere quella specifica.

fil.

Il tipo ipofisario dell'impotenza sessuale.

Dalla descrizione di vari casi di impotenza sessuale e dalle considerazioni patogenetiche, anatomiche, diagnostiche e terapeutiche che A. Schüller (*Wien Klin. Woch.*, n. 40, 1924) ne fa, si può ritenere che oggigiorno le osservazioni sperimenali e cliniche hanno stabilito la dipendenza dell'integrità istologica e funzionale delle ghiandole sessuali dell'apparato ipofisario.

Lo studio del ricambio e la radiografia pongono in condizione di diagnosticare la natura ipofisaria di un disturbo dell'apparato sessuale anche allorquando fanno difetto i sintomi caratteristici dell'acromegalia e del tipo di Fröhlich, diguisachè si può apportare beneficio indiscusso con la radioterapia, l'opoterapia, e coi trapianti di ghiandole genitali.

M. FABERI.

Affezione congenita del pancreas e infantilismo.

Le malattie del pancreas nei bambini sono rare e di diagnosi difficile.

Appunto per tale rarità C. Clarke e G. Hadfield (*The Quart. Jour. of. Med.*, n. 68, luglio 1924) riportano la storia di una bambina di 4 anni, la quale, sin dal 5° mese di età aveva sofferto di diarrea grassa. Essa appariva per l'aspetto esteriore e per il peso come se avesse poco più di 2 anni. L'addome era disteso, in parte per l'ingrossamento del fegato. Nulla nelle urine. Le scariche, in numero di 5 al giorno, erano incomposte, abbondanti, pallide, ricoperte alla superficie di goccie di grasso, con assenza di cristalli di acidi grassi.

Una dieta assolutamente priva di lipoidi non apportò nessun giovamento. Sopraggiunta una difterite nasale, complicata da broncopolmonite, la bambina morì. All'autopsia, la regione pancreatica si trovò occupata da una massa grassosa, che inglobava alcuni residui ghiandolari, stimati ad un ventesimo del volume normale; il tessuto insulare era proporzionalmente superiore alla norma. Nessun segno di pancreatite. Il fegato aveva subito anch'esso la degenerazione grassa, e il colon mostrava un ispessimento cronico ed alcune ulcerazioni.

M. FABERI.

Ipoglicemia e acidosi.

P. Talbot, E. Shan e M. Mariarty (*Journ. A. M. A.*, 12 luglio 1924) in alcuni fanciulli epilettici, ma d'altronde normali, digiunanti per più giorni a scopo terapeutico, hanno osservato un'acidosi parallela all'ipoglicemia. L'acidosi è insorta quando la glicemia è in média discesa a 0.45 ‰. Deducono che si ha acidosi, per incompleta combustione dei grassi, quando l'organismo non riceve glucosio, o non può ossidarlo (diabete). Di qui il pericolo di dare l'insulina a digiuno, e l'indicazione del glucosio nell'acidosi infantile.

DORIA.

Relazione tra certi prodotti del metabolismo e ipertensione.

Esperimenti eseguiti da Stronse, da Mosenthal, da Ottore e Walker sembrano dimostrare la scarsa importanza della dieta ricca di proteine, dell'adrenalina, del cloruro sodico, nella produzione dell'ipertensione, Tigerstedt e altri hanno osservato che estratti di tessuto renale possono aumentare la pressione arteriosa per oltre 20': essi incriminano la nefrolisi come produttrice di sostanze ipertensive nella nefrite cronica.

R. H. Major (*Journ. A. M. A.*, 12 luglio 1924), considerando che la anuria porta rapidamente all'ipertensione, ha cercato se tra i prodotti del ricambio ve ne fosse qualcuno ipertensivo.

Tali non risultano l'acido urico, la creatina, la creatinina; lo era invece in alto grado la guanidina e i suoi composti metilati, e i rispettivi sali.

Nel cane, 10 centigr. per chilogrammo producono un'ipertensione che dura parecchie ore.

La metilguanidina viene escreta dai normali in misura di 10 ctg. al giorno.

Negli ipertesi, specialmente nefritici cronici, l'A. notò una diminuzione dell'esecrezione. Il dosaggio della guanidina è difficile specialmente perchè non è agevole separarla dalla creatinina.

J. Millez fa notare che anche altri aminoacidi, ad es. la tiramina, derivata dalla tirosina, hanno azione ipertensiva.

Questi studi meritano attenzione e vanno continuati, perchè indicano una via per combattere l'ipertensione che è, si può dire, la più frequente causa di scompenso degli adulti.

DORIA.

TERAPIA.

I regimi ipoazotati.

Vengono usati nelle forme di enteriti acute, che si accompagnano alla putrefazione degli albuminoidi; questi, in tal caso, si sopprimono dall'alimentazione. In un primo periodo, si dà una dieta idrica e si passa poi all'uso degli zuccheri e dei feculenti, per ritornare solo gradatamente alla dieta normale. Anche in certe enteriti croniche si dà un regime in cui dominano gli idrati di carbonio, e le proteine vegetali, mentre quelle animali e, specialmente le uova e la carne sono bandite. La razione azotata va assai sorvegliata nella gotta, mantenendosi vicino alla razione minima e riducendo altresì ogni sorta di alimenti. Anche nella insufficienza epatica, la razione azotata deve essere ridotta, cercando fra le proteine quelle che l'esperienza ha dimostrato le meno nocive, particolarmente le uova ed il latte.

La restrizione degli alimenti azotati interviene spesso nelle affezioni renali. Nelle nefriti acute, quando si ha oliguria, ritenzione clorurata ed azotata, si impone la dieta idrica, con aggiunta di zuccheri e, meglio, di lattosio. Soltanto quando si sarà prodotta la crisi, con la scarica azotata, si riprenderà l'alimentazione, dapprima vegetale ed in seguito normale.

Nelle nefriti croniche, si presentano parecchi casi. In forme, con albuminuria senza insufficienza renale, basterà sperimentare quali sono i cibi meglio tollerati; in generale il latte e le albumine vegetali non aumentano l'albuminuria, mentre sono meno tollerate l'uova e la carne, specialmente se poco cotta.

Nelle nefriti croniche o subacute, con ritenzione clorurata, è bene dare una razione azotata abbondante, anche a base di carne, purchè strettamente declorurata. Quando si abbia ritenzione azotata, con crisi di azotemia di 2-3 g. di urea per 1000, si darà la dieta idrica, con erbaggi e frutta. Se l'urea si mantiene a 0,51-1 g. per 1000, la razione proteica sarà bassa, ma sufficiente per mantenere l'equilibrio azotato, facendo ogni 15 giorni, 2-3 giorni di regime ad erbaggi, frutta, burro, zucchero; in tal modo si abbassa l'urea del sangue e si fanno sparire certi sintomi noiosi, come il prurito e la secchezza in bocca.

Si sa d'altra parte (*Journal des praticiens*, 22 luglio 1924) che in simili casi, anche il regime ipoazotato non migliora la permeabilità renale per l'azoto. Ad ogni modo, la restrizione severa delle proteine fa diminuire l'urea del sangue. Si ottiene così un doppio vantaggio, di far sparire i sintomi penosi e di diminuire la concentrazione degli umori in sostanze azotate, che sono nocive direttamente ed influiscono sfavorevolmente sull'economia.

fil.

Influenza della frutta sulla digestione gastrica.

Paulovic (*Arch. f. Verdauungskrnk.* e *Minerva medica*, 1 settembre 1924) ha fatto numerose prove sull'argomento, in soggetti, in gran parte giovani e sofferenti di disturbi gastrici piuttosto leggeri. Fissato, con ricerche preliminari, il comportamento della secrezione gastrica, mediante il pasto di Ewald o di Boas, si studiavano le variazioni sotto l'influenza della alimentazione con frutta. L'A. nota che anche in individui che non si lagnavano dello stomaco, si aveva spesso ipo- od anacloridria.

La prova fatta con succo di mele diede costantemente come risultato l'aumento di acidità del succo gastrico. Gli individui con ipo- od anacloridria presentavano, dopo il succo di mele, dei valori normali di acidità acloridrica, mentre gli individui con acidità normale diventavano iperacidi.

L'azione del succo di mele sarebbe dunque da paragonarsi a quella dell'alcool, che negli animali porta sempre un aumento dell'acidità cloridrica. Nell'uomo a stomaco sano, però tale comportamento non esiste.

Il succo di mele, sottoposto a cottura, ha la stessa azione sulla secrezione cloridrica, però in grado minore. Introdotto con la sonda, invece, esso non ha nessuna azione. Analogamente agisce il succo di limone, però in grado minore; anch'esso, se introdotto con la sonda, rimane senza azione. Nessun effetto hanno le arancie.

Per la pratica, si può quindi ritenere che l'acidità stessa delle frutta non ha importanza, mentre è evidente l'influenza psichica.

fil.

L'efficacia dei fermenti lattici.

N. Kopeloff (*Arch. of internal medicine*, 15 gennaio 1924) ha fatto esperienze sopra trenta individui sofferenti di costipazione, somministrando loro colture in latte di *Bacillus acidophilus* ed ha osservato costantemente un aumento nel numero delle defecazioni. L'influenza benefica persiste per un certo tempo anche dopo la sospensione del rimedio, talora anche dopo un anno. È utile somministrare durante o dopo l'ingestione della coltura anche del lattosio. Si ottiene in generale una trasformazione della flora intestinale, dal tipo proteolitico a quello aciduríco, trasformazione che è appunto accompagnata dall'aumento delle defecazioni giornaliere. Viceversa anche nei casi di diarrea, si ottengono effetti benefici con la somministrazione del bacillo acidofilo. È però essenziale che la coltura contenga un numero rilevante di bacilli: è meglio dare 10 cmc. di coltura contenente 20.000.000 germi vitali per cmc., che 1.000 cmc. di coltura a 10.000 germi. Le colture somministrate dall'A. contenevano da 110.000.000 a 440.000.000 germi per cmc.; in media 200.000.000.

Nel meccanismo d'azione bisogna escludere i processi di natura fisica o chimica e ritenere che si tratta invece di processi piuttosto batteriologici.

fil.

Le proprietà biologiche e terapeutiche dell'olio di fegato di merluzzo.

Poulsson (*Bulletin des Socités Pharmacologiques*, aprile 1924) ricorda che l'olio di fegato di merluzzo oltre agli acidi grassi ordinari contiene gliceridi con proprietà particolari, acidi non saturi facilmente ossidabili e facilmente emulsionabili. Queste proprietà gli conferiscono rapidità di assorbimento e di assimilazione.

L'olio di fegato di merluzzo fornisce una notevole quantità di sostanze nutritive in piccolo volume. Un cucchiaio da tavola produce circa 130 calorie, tre cucchiai al giorno circa 400 calorie, ossia buona parte della quantità giornaliera necessaria, che per individui di peso medio ed in riposo è fissata a 2500 calorie.

Inoltre l'olio di fegato di merluzzo è ricchissimo di vitamine, più ricco del burro e del latte; da ciò la sua influenza benefica nello sviluppo dei bambini.

Numerose esperienze hanno dimostrato che esso è un rimedio di gran valore nel rachitismo, nella scrofola, nelle anemie dei bambini.

Esso aumenta anche il contenuto vitaminico del latte materno, per cui riesce un ottimo integratore dell'alimentazione delle donne durante l'allattamento, con effetti benefici sullo stato di salute della madre e del lattante.

Dr.

Per attivare lo sviluppo dei bambini.

Maillet (*Journal de méd. de Paris*, 28 giugno 1924) consiglia una medicazione tiroidea nei bambini di 2-3 anni che subiscono un arresto di sviluppo, il quale si rileva con l'arresto del peso. Si dà l'estratto tiroideo a dosi di un cg. diluito in un poco di acqua; continuare per 10 giorni, poi sospendere per altri 10 e riprendere. Si nota un aumento del peso, mentre lo scheletro subisce uno sviluppo manifesto; la statura cresce, la dentizione è stimolata, la tonicità muscolare si accentua.

TECNICA MEDICA.

La diatermia nella pratica.

La diatermia (A. Bruno, *Minerva Medica*, n. 15, agosto 1924) si è originata dalle modificazioni subite dalle correnti ad alta frequenza, le quali portano anche il nome del loro scopritore, d'Arsonval.

Essa differisce dalle correnti ad alta frequenza perchè le oscillazioni elettriche in questa sono smorzate — oscillazioni trattenute — mentre nella diatermia sono oscillazioni non smorzate.

Questo fatto permette una produzione notevole di calore, che non ha effetti chimici sui tessuti. Anche nell'alta frequenza si ha sviluppo di calore; ma tale produzione è molto minore, e quindi meno efficace.

A scopo terapeutico la medicina si avvale di questa fonte di calore, la quale dal punto di contatto penetra nei tessuti, e si diffonde in profondità, producendo una dilatazione dei vasi periferici, una maggiore attività cellulare, un aumento delle pulsazioni cardiache, e talora un aumento degli atti respiratori. Queste condizioni favoriscono e provocano una rapida risoluzione dei processi infettivi.

I migliori risultati ottenuti dall'A., e da altri, si hanno nelle affezioni a carico delle articolazioni e dei nervi.

Le forme *reumatiche articolari* risolvono completamente dopo poche applicazioni; le *artriti gonococciche* se ne avvantaggiano molto; nelle forme *gottose* spesso si ha la risoluzione delle alterazioni, con la sparizione dei dolori.

Le *nevralgie* spariscono in poche sedute di diatermia; in casi ribelli se ne giovano non poco.

Un vasto campo di applicazioni ha avuto la diatermia nelle malattie interne, sebbene non sempre l'entusiasmo sia stato coronato da successo. Nelle *pleuriti* pare che faciliti il riassorbimento dei liquidi. Il Setzu con applicazioni gastriche ha potuto provocare un aumento della secrezione e della motilità anche in soggetti con ipocloridria. Questo fenomeno probabilmente va attribuito all'azione del calore.

Le *coliche epatiche*, le *litiasi biliari* se ne giovano, e talora si guariscono del tutto, come da esperienze personali. Nell'*appendicite* per mezzo della diatermia sparisce dapprima il dolore, in seguito si riduce anche la tumefazione.

Nel trattamento delle *anemie* si ha un aumento dei globuli rossi e dell'emoglobina, con modificazione del numero dei leucociti e delle piastrine.

Secondo alcuni AA. la diatermia, associata alla radioterapia darebbe ottimi risultati nelle *paralisi infantili;* ma tali successi sono negati da altri.

L'A. ricorda che la diatermia ha avuto una larga applicazione nelle specialità di chirurgia, ginecologia, urologia; ma non stima opportuno trattarne di proposito.

CARUSI.

La infusione properitoneale.

Lo spazio properitoneale è indicato per l'assorbimento di notevoli quantità di liquido. Perciò Fr. J. Kaiser (*Munchener med. Wochens.*, anno LXX, n. 22) ha pensato di servirsene per introdurre nell'organismo la necessaria quantità di liquido alla fine dei grandi interventi endoaddominali, come resezioni gastro-intestinali, estirpazioni di tumori, ecc.

Si usa un ago da ipodermoclisi, che si infigge nella cute, lontano dall'incisione laparotomica, possibilmente nei fianchi. La penetrazione viene controllata con la mano introdotta a traverso l'incisione stessa, in modo che la punta si trovi nello spazio properitoneale. Altri autori consigliano di fare una piccola incisione cutanea e di introdurre una cannula anzichè l'ago.

Il liquido penetra con grande facilità ed il peritoneo si gonfia, ma poi subito si appiattisce. Si può usare la soluzione fisiologica, quella di Ringer, od una soluzione di glucosio.

Il vantaggio del metodo consiste nella facilità con cui l'infusione può essere fatta rapidamente e senza dolore alla fine dell'intervento: mentre la ipodermoclisi riesce lunga, incomoda per l'operatore, rende necessario lo scoprimento del malato a cui lascia poi una certa dolenzia. La fleboclisi ha in realtà un'azione più rapida, ma è operazione più delicata che richiede tempo e la presenza di un secondo operatore.

fil.

Trasfusione di sangue nelle emorragie gravi.

Dimentichiamo troppo facilmente il potere emostatico e curativo di una trasfusione di sangue che, anche a piccole quantità, può avere effetti miracolosi nel corso di emorragie gravi.

De Massari, Rosenthal e Vacher sono convinti di aver ridata la vita con la trasfusione di 130 cc. di sangue ad una tifosa morente per una gravissima emorragia intestinale.

M. G. Caussade ricorda gli effetti benefici di una piccola trasfusione (30-40 cc.) in un emoftoe che non cedeva ad altri trattamenti.

Senza abusarne, egli impiega questo mezzo terapeutico in ogni caso di emorragia persistente o con un certo carattere di gravità. Ricorda inoltre di averlo adoperato anche in uno stato di collasso grave e pressochè mortale, senza emorragie, in una giovane donna malarica estremamente anemica (2.000.000 di globuli rossi).

(*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, n. 12, 3 avril 1924).

PERSIA.

L'iniezione paravertebrale nel trattamento dei dolori viscerali.

Le iniezioni paravertebrali di novocaina, già proposte per l'anestesia nelle operazioni addominali e per la diagnostica delle affezioni dolorose dell'addome, sembrano ora destinate a costituire una nuova arma terapeutica contro alcune sindromi dolorose addominali e toraciche.

F. Brunn e F. Mandl (*Wiener Klin. Woch.*, n. 21, 1924) hanno praticato tali iniezioni in 23 ammalati con una tecnica che permette di evitare ogni complicazione, e di agire sul nervo radicolare all'indentro del ramo comunicante, con la dose abituale di 10-15 cmc. di soluzione di novocaina 0.5%. Dieci iniezioni sono state praticate in casi di colecistiti assai dolorose, ribelli ai comuni trattamenti medici. L'ago veniva affondato all'altezza della 9ª apofisi spinosa dorsale dal lato destro. I pazienti in un primo momento avvertivano una accentuazione del dolore, ma dopo pochi secondi questo scompariva, e spesso in modo definitivo. Alcuni malati, 7, sono rimasti in pieno benessere da 5 settimane a 5-8 mesi. Due casi di colica renale furono trattati con successo. Neuwirth ha anche ottenuto un buon risultato in un'anuria calcolosa. Nelle affezioni gastriche le iniezioni

paravertebrali non sono utilizzabili: esse dovrebbero essere ripetute e riuscirebbero per ciò sgradevoli al malato; inoltre, pur facilitando la palpazione dei piani profondi, priverebbero il medico del sintomo prezioso della reazione peritoneale.

In 6 casi di *angina pectoris* gli AA. hanno fatto ricorso alla iniezione paravertebrale, ma invece di praticarla nella regione cervicale, come ha fatto Kappis, hanno preferito agire sulle 4 prime dorsali del lato sinistro. Il risultato è stato soddisfacente in 6 casi, con durata varia. Si possono così trattare le angine e le aortalgie ribelli, rinunziando a metodi più pericolosi, come la simpaticectomia ecc. Bisogna limitarsi a iniettare in corrispondenza delle prime 3 dorsali, perchè quando si giunge alla 4ª, come hanno osservato gli AA., si provoca febbre e fenomeni dispnoici, attribuiti alla paralisi dei rami simpatici dilatatori dei bronchi. A. PICCINELLI.

SEMEIOTICA.

Le forme granulari di Much negli espettorati tubercolari.

I granuli di Much sono considerati, in questi ultimi tempi, uno stato di degenerazione del bacillo di Koch che attaccato dagli elementi di difesa dell'organismo e specialmente da un fermento lipolitico elaborato dai linfociti, perderebbe la sua caratteristica acido-resistenza, per comparire sotto forma di piccole granulazioni. Tutti credono che i granuli rappresentano una forma particolare del virus tubercolare, la ricerca di essi ha pertanto importanza prognostica e diagnostica; sulla prima l'accordo non è completo.

P. Franco (*Folia Medica*, 1924, n. 16) da anni in migliaia di espettorati ha ricercato le forme granulose in tutti gli stadi della tubercolosi, seguendo i malati per lungo tempo, ripetendo varie volte l'esame dell'espettorato e ricercando sempre il bacillo di Koch.

Dalle sue ricerche risulta che le granulazioni gram positive svelano la natura tubercolare di uno sputo più frequentemente che il bacillo ed i corpuccoli fucsinofili, che la loro presenza è indipendente dalla forma clinica e dal decorso della malattia; esse possono trovarsi con i bacilli o senza i bacilli, con o senza i corpuscoli fucsinofili. MONTELEONE.

RETTIFICA. — Il SILVESTRINI (*Perugia*) citato a pag. 1502 del n. 46, nella discussione circa l'operabilità delle diverse forme di splenomegalia ai Congressi di Medicina e Chirurgia, non è il prof. Raffaello Silvestrini, titolare di Clinica medica a Perugia, ma il prof. Luigi Silvestrini, chirurgo primario dell'Ospedale Civile di Rimini.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Cocainismo. — All'abb. 2901-1, Altamura:

Sul cocainismo la Sezione Pratica del *Policlinico* ha pubblicato nell'ultimo decennio varii articoli, dai quali potrà attingere le notizie che desidera.

Nel n. 5 dell'anno 1922 della Sezione Medica dello stesso *Policlinico* è stato pubblicato sull'argomento un esauriente lavoro di Sabatucci, che riporta anche una discreta bibliografia. *Dr.*

Trattati di ginecologia. — All'abb. n. 6861:

La nostra letteratura medica è povera di manuali di ginecologia per medici pratici. Buono ma esteso è sempre il *Trattato di ginecologia clinica ed operativa* di S. Pozzi, trad., F. Fallardi editore, Milano. Un manuale d'indole pratica è quello di M. SPINELLI, *Manuale di Terapia medica ginecologica e di piccola chirurgia vaginale,* Idelson editore, Napoli. Di nostra edizione avevamo il *Compendio di Ginecologia moderna* di R. CINAGLIA, ma è esaurito; in preparazione trovasi la *Diagnostica ginecologica* di P. GAIFAMI: vedrà la luce ai primi del nuovo anno. P.

Trattati di pediatria. — All'abb. n. 10-153:

Un buon trattato di pediatria italiano è l'ultima edizione del Feer «Malattia dei bambini», un altro buon libro è il Flamini (edizione del «Policlinico»); trattati completi tedeschi sono: Il Pfaundler o il Finkelstein.

Un esteso trattato sull'allattamento è quello di Marfan; per la pratica può trovare quanto le occorre anche nell'«Igiene del bambino» del Concetti (nuova edizione). POLLITZER.

All'abb. 6209:

Sul morbo di Marchiafava (*degenerazione del corpo calloso da alcoolismo cronico*) troverà indicazioni nei seguenti lavori:

MARCHIAFAVA, BIGNAMI, NAZARI: *Ueber System. Degeneration der Kommissurbahnen des gehirns bei chronischem alkoholismus.* Monatschrift für Psychiatrie u. Neurologie, Bd. XXX, 1911.

BIGNAMI-NAZARI: *Sulla degenerazione delle commissure encefaliche e degli emisferi nell'alcoolismo cronico.* Rivista sperim. di Freniatria, Vol. XLI, 1915.

Veda anche: MINGAZZINI, *Der Balken.*

All'abb. n. 7826-2:

Abbiamo già risposto altre volte a domande identiche o consimili. P.

All'abb. n. 5711-2:

Suggeriamo CAPPELLI, *Radiumterapia,* edita dalla Casa Luigi Pozzi, Roma. P.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

QUESTIONI PRATICHE.

LXXVIII. — I farmacisti devono vendere i medicinali a dose o forma di medicamento e le specialità, soltanto in base a prescrizione medica?

Non mi risulta che sia stato fatto un esame accurato e completo della questione che è oggetto di questa nota. Diro di più: dottrina e giurisprudenza vanno prevalentemente per una strada; ma l'attività pratica ne segue un'altra. L'antitesi non è fra norma giuridica e casi, sia pure frequenti, di irregolarità: se così fosse, il fenomeno non avrebbe importanza e rientrerebbe nel quadro comune delle infrazioni; invece, ad una presunta norma astratta si oppone una consuetudine costantemente e da tutti osservata ed ammessa, praticamente.

Il farmacista è esecutore delle prescrizioni mediche; egli non può vendere medicinali senza ricetta: dunque, divieto assoluto, che comprende necessariamente qualsiasi medicinale e le specialità.

Ma tutti i farmacisti, da tempo immemorabile ed ovunque, vendono abitualmente medicinali senza ricetta; e, d'altra parte, sarebbe assurdo richiedere, per es. la prescrizione del medico per la legittimità della vendita di una dose di magnesia o di una specialità innocua, o... delle pastiglie Valda, le quali sono pure considerate medicinali.

Se il divieto è assoluto, non sono ammessibili eccezioni espressamente non stabilite dalla legge; se il divieto è relativo, se ha un limite, questo dovrebbe risultare rigorosamente dalla legge.

Il contrasto non è senza causa, perchè sono di fronte due esigenze seriamente apprezzabili.

Ma si può giungere ad una risoluzione giuridica, che aderisca alla realtà.

***

L'art. 18 della legge 22 maggio 1913, n. 648, prescrive che «la vendita al pubblico dei me«dicinali a dose o forma di medicamento non «è permessa che ai farmacisti e deve effet«tuarsi nella farmacia, sotto la responsabilità «del titolare dell'esercizio» e soggiunge che «sono considerati medicinali..... anche i me«dicamenti composti e le specialità medici«nali».

L'art. 61 del testo unico delle leggi sanitarie dispone così: «*I farmacisti devono conservare «copia di tutte le ricette spedite*. Quando i «farmacisti spediscono veleni dietro ordina«zioni di medici..... dovranno conservare pres«so di loro le ricette originali..... I contrav«ventori incorreranno nella pena pecuniaria «estensibile a L. 100».

E l'art. 78 del regolamento 3 febbraio 1901, n. 45, aggiunge: «Le ricette alle quali si ri«ferisce l'art. 31 della legge (61 del testo unico) «devono essere firmate da un medico...». Qui è da avvertire che l'art. 66 del precedente regolamento 9 ottobre 1899, n. 6442, era invece formulato così: «Le ricette a cui si riferisce «l'art. 31 della legge, *senza le quali il farma«cista, a norma della farmacopea, non può «somministrare medicinali a dose e forma di «medicamento, per essere da lui riconosciute «regolari e spedite*, devono essere firmate ecc.» L'inciso, distinto dal corsivo, cioè il divieto espresso di vendere medicinali, senza ricetta, non fu ripetuto nell'art. 78 del regolamento 1901.

L'art. 59 del testo unico punisce con «pena «pecuniaria estensibile a L. 500 o con la de«tenzione estensibile ad un anno i farmacisti «che abbiano somministrato medicinali non «corrispondenti in qualità o quantità alle me«diche ordinazioni».

Queste sono le disposizioni utili alla risoluzione della controversia.

La Corte di Cassazione disse, in primo tempo, che non commette contravvenzione il farmacista che vende medicinali senza ricetta del medico.

Le considerazioni della sentenza 21 novembre-12 dicembre 1903, ric. Barberis, si possono riassumere così:

1) l'art. 31 della legge sanitaria (61 del testo unico 1907) obbliga i farmacisti a conservare copia di tutte le ricette spedite, ma nessuna disposizione contiene il divieto di vendere senza prescrizione del medico;

2) il divieto era previsto nell'art. 66 del reg. 9 ottobre 1899, ma non fu ripetuto nel regolamento 1901;

3) opportunamente fu introdotta questa modificazione «perchè il precedente divieto «non riusciva ad un risultato pratico nell'in«teresse della salute pubblica», essendo il farmacista un esperto che conosce il valore dei medicinali e sa apprezzarne gli effetti.

Questa risoluzione fu confermata sostanzialmente dalla sentenza 23 luglio 1904, ric. Lay,

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico

con riferimento però alla vendita di un medicinale di uso comune e non pericoloso.

Ma con altra sentenza dello stesso anno (10 novembre 1903, ric. Antinni) la Corte di Cassazione accolse la tesi contraria, la quale fu poi confermata con le sentenze 13 marzo 1906, ric. Grifeo, 14 ottobre 1908, ric. Sansoni, ecc.

Questa giurisprudenza, che si può considerare prevalente, si fonda sulle considerazioni seguenti: 1) il farmacista deve conservare copia di tutte le ricette spedite; ma chi spedisce senza ricetta non può conservarne copia, quindi viola l'obbligo dell'art. 61 non soltanto il farmacista che non conserva copia della ricetta spedita, ma anche chi vende senza ricetta; 2) l'art. 78 del reg. 1901 prescrive determinate annotazioni sul recipiente che contiene il medicinale, ma queste non sarebbero possibili senza la ricetta; 3) la diversità della formulazione dell'art. 78 del regolamento 1901, che non ripete il divieto espresso già contenuto nell'art. 66 del reg. 1899, non ha rilevanza.

CERESETO (*La legislazione sanitaria*, vol. I, pag. 569) dice sinteticamente che il farmacista è l'esecutore delle ordinazioni mediche e richiama l'art. 61; ma non esamina la questione.

LESSONA S. (*Trattato di diritto sanitario*, vol. I, pag. 422) aderisce alla giurisprudenza prevalente e ne riporta la motivazione: «Il «*sistema generale* della nostra legge sanita«ria, il combinato disposto di vari articoli del«la legge e del regolamento, non lasciano, a «nostro modo di vedere, alcun dubbio sull'ob«bligo del farmacista a spedire medicinali a «forma e dose di medicamento senza ricetta». Tanta sicurezza è certamente eccessiva.

VITTA (*Trattato di dir. amm. dell'Orlando*, vol. IV, parte II, pag. 812) dice che «i farma«cisti devono vendere i medicamenti soltanto «dietro prescrizione o ordinazione medica, «chiamata volgarmente ricetta», ma non spiega su quale fondamento è piantata questa affermazione. Però egli non dice che il fatto della vendita senza ricetta costituisce per sè stesso una speciale contravvenzione o viola l'art. 61 del regolamento 1901, come ritiene la giurisprudenza; si deve presumere, anzi, che egli, implicitamente, escluda la ipotesi della infrazione di un precetto formale, che espressamente stabilisca il divieto e commini una correlativa sanzione, perchè soggiunge subito: «se essi «di proprio arbitrio pretendessero di propor«zionare il medicamento ai bisogni del mala«to, usurperebbero le funzioni del medico e «*violerebbero la legge sanitaria in quella parte* «*in cui determina le facoltà di ogni classe di* «*esercenti arti salutari*».

Il Vitta fa certamente un passo verso la soluzione più corretta; ma, più che un passo deciso, egli fa un salto e si ferma su due punti che non si possono coordinare. O la vendita senza ricetta viola un divieto espresso, e in tal caso costituisce per sè stessa reato; o un divieto non è stabilito, e allora non si può ritenere che il fatto della vendita perfezioni, senz'altro e in ogni caso, il reato previsto dall'art. 53 del testo unico delle leggi sanitarie, il quale è costituito da un altro fatto, cioè dall'esercizio abusivo di una professione sanitaria; ma la *semplice vendita senza ricetta* non importa esercizio dell'arte medica. Il Vitta ha certamente intuito la differenza e per ciò ha considerato il fatto del farmacista che «di proprio «arbitrio pretenda di proporzionare il medicamento ai bisogni del malato». Ma questo fatto è diverso o distinte dalla vendita di qualsiasi medicinale senza ricetta: e noi di questa ci occupiamo.

La questione non è, dunque, risoluta.

CARAPELLE (Commento della legge 22 maggio 1913, n. 468, pag. 179) segue la tesi del Vitta.

Il DE GIULY (Commento alla legge sulla igiene e sanità pubblica, vol. II, pag. 27) dalla omissione del divieto che era espressamente formulata dall'art. 66 del regolamento del 1899 e che non fu ripetuto nell'art. 78 del regolamento del 1901, trae la conseguenza che divieto non c'è più e osserva che la prescrizione non aveva utilità pratica.

***

Si deve, dunque, stabilire preliminarmente se la vendita di medicinali senza prescrizione medica sia vietata e se, perciò, costituisca reato.

E' certo che un divieto *espresso* non c'è: la Corte di Cassazione e alcuni interpreti lo desumono dall'obbligo dei farmacisti di conservare copia delle ricette spedite e di annotare sul recipiente la data della spedizione, i componenti principali del rimedio, ecc.

Ma questa argomentazione è giuridicamente non corretta e, logicamente, non è accettabile.

«Le leggi penali... non si estendono oltre i «casi e tempi in esse espressi» (art. 4 disp. prel.). «Nessuno può essere punito per un fatto che non sia *espressamente* preveduto come reato dalla legge...» (art. 1 cod. pen.).

Non si può, dunque, *presumere* un divieto, la violazione del quale costituirebbe reato.

Ma la presunzione stessa non è logicamente corretta. L'art. 61 dice soltanto che i farmacisti devono conservare copia di tutte le ricette spedite: questa prescrizione tende a scopi diversi, di controllo e di accertamento, ma non significa necessariamente che, per ciò, il farmacista debba vendere qualsiasi medicinale soltanto in base a prescrizione del medico. Egli deve conservare copia di quelle ricette che ha spedito: nulla più. La conseguenza che se ne vuole trarre non è legata a questa premessa da un nesso logico necessario.

Analoga osservazione si può fare circa l'obbligo delle annotazioni che il farmacista deve fare sul recipiente, a norma dell'art. 78 del regolamento.

Nè un argomento favorevole alla tesi del divieto si può desumere dall'art. 321 cod. pen., il quale, anzi, prevedendo la somministrazione di sostanze medicinali in specie, qualità o quantità non corrispondente alle ordinazioni mediche o *diversa da quella dichiarata o pattuita* considera anche la ipotesi di somministrazioni fatte senza ordinazioni mediche.

E' peggio poi desumere, come fa il Lessona, un divieto che ha carattere penale « dal *sistema generale* della nostra legge sanitaria ».

Dunque, un divieto espresso non è stabilito.

La diversità della formulazione dell'art. 78 del reg. 1901, che non ha ripetuto il divieto espresso che era contenuto nel corrispondente articolo 66 del regolamento 1899, ha, in queste condizioni, indiscutibile efficacia dichiarativa del significato della legge.

Ma vi è una considerazione logica che dà pienamente ragione della abrogazione del divieto: pensiamo per un momento a quali conseguenze assurde condurrebbe l'applicazione di esso. Occorrerebbe la ricetta del medico anche per medicinali innocui, di uso comune, che ciascuno di noi consuma: magnesia, pastiglie per o contro la tosse e simili.

Posto il divieto assoluto, qualsiasi eccezione sarebbe arbitraria.

Ma le leggi sono fatte per la vita pratica e non per stabilire norme astratte che non aderiscano alla realtà o contrastino con essa.

Da questo punto di vista, non si può trascurare l'applicazione che delle norme concernenti la vendita dei medicinali è fatta costantemente, da tempo remoto, per consenso comune. Se, dunque, la interpretazione rigorosa della legge coincide con esigenze pratiche irriducibili e con l'applicazione consuetudinaria ammessa e non semplicemente tollerata, mi pare che si debba rinunziare al pregiudizio formale che induce a far sopravvivere un divieto estinto e inconsistente e ad attenuare il solo controllo che può essere veramente utile, come dirò subito.

Nè si deve dimenticare che la vendita è affidata ad un tecnico, che esercita la funzione professionale specifica e caratteristica del *dosaggio*.

Ma qui si presenta un altro aspetto della questione.

Il farmacista ha un'attribuzione circoscritta: vendere medicinali a *dose* o forma di medicamento; se egli, invece, « pretende — come dice il Vitta — di proporzionare il medicamento ai bisogni del malato » se egli, in altri termini, esorbita dal campo che è a lui riservato e prescrive o suggerisce medicinali, invade il campo del medico e commette reato più grave, per esercizio abusivo, previsto dall'art. 53 del testo unico delle leggi sanitarie. In questo caso, però, non costituisce *reato la semplice vendita di qualsiasi medicinale*, anche innocuo e di uso comune, ma l'esercizio dell'arte medica mediante *prescrizioni, suggerimenti o consigli* che sono riservati al medico e sono vietati a chiunque, anche se non vi concorra il fine del lucro.

Questa a me sembra la risoluzione più corretta.

È necessario, però, ben precisare: io ritengo che la vendita di medicinali senza prescrizione medica non costituisca, senz'altro, reato: se però vi concorrano manifestazioni caratteristiche e proprie della professione medico-chirurgica, nel senso dell'art. 53 del testo unico, si verifica un'altra ipotesi di fatto, la quale costituisce reato per esercizio abusivo.

***

Indipendentemente, però, dall'aspetto giuridico penale già esaminato, è certo che la vendita dei medicinali è regolata da norme di condotta professionale, di prudenza, di accortezza che il farmacista deve osservare e che, se violate, possono costituire — in date circostanze — fonte di responsabilità anche penale.

È ovvio e doveroso, quindi, che di fronte alla richiesta di medicinali non innocui, il farmacista pretenda la prescrizione del medico e non si esponga ad eventuali responsabilità *per imprudenza*.

N. B. — *Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina, 14 - Roma (6).*

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Per il titolo di specialista.

Il presidente dell'Ordine dei Medici di Milano prof. Baslini, nell'intento di avere più precise direttive circa il decreto-legge concernente il titolo di Specialista (art. 4 del Regio Decreto 30 dicembre 1923) si era affrettato ad inviare un memoriale redatto dal Consiglio dell'Ordine all'attuale Ministro della Pubblica Istruzione, il quale rispose come segue:

« Ho esaminato il memoriale trasmessomi dall'Ordine dei Medici di codesta provincia. In proposito comunico che allo stato della legislazione vigente, il titolo di medico specialista spetta esclusivamente ai laureati in Medicina e Chirurgia che abbiano i requisiti prescritti all'articolo 4 del Regio Decreto 30 dicembre 1923, n. 2909.

I Medici laureati in precedenza, se di fatto esercitano le varie specialità della medicina e della chirurgia, perchè in esse si sono professionalmente dedicati, non hanno di diritto la facoltà di portare il titolo di specialista, perchè manca nel citato decreto la esplicita disposizione che la consenta. — *Ministro*: CASATI ».

Per gli esami di Stato dei laureati.

In virtù del Regio Decreto 25 settembre 1924, coloro che conseguiranno la laurea od il diploma entro il 31 dicembre 1924 non saranno obbligati a sostenere l'esame di Stato per la abilitazione all'esercizio professionale.

Resta fermo che non saranno obbligati a sottoporsi all'esame di Stato coloro che, avendo ultimati i corsi nell'anno accademico 1922-1923, conseguiranno la laurea od il diploma entro il 31 dicembre 1925.

In applicazione di tale decreto, tutte le iscrizioni all'albo di qualsiasi Ordine che per precedente disposizione ministeriale, furono fatte con dichiarazione di provvisorietà, si intendono divenute definitive. È in facoltà degli interessati quindi, di richiedere alle rispettive segreterie il relativo certificato d'iscrizione.

INTERESSI PROFESSIONALI.

Per gli Ufficiali Sanitari provvisori.

Le condizioni degli ufficiali sanitari provvisori sono state prospettate con la lettera seguente a S. E. Federzoni, Ministro dell'Interno.

« *Eccellenza*,

Nell'assegnare i minimi stipendi ai sanitari come per Decreto del 30 dicembre 1923, in varie provincie si sono stabiliti dei Consorzi intercomunali per il servizio d'ufficiale sanitario. In conseguenza di tale determinazione, saranno licenziati tutti gli ufficiali sanitari provvisori appartenenti ai comuni, che verranno raggruppati ad altri dove già esiste un ufficiale sanitario in pianta stabile.

I comuni, in tale favorevole evenienza, ad evitare di corrispondere il minimo stipendio assegnato dalle rispettive Giunte provinciali amministrative (per la provincia di Napoli in L. 9500), subiranno la costituzione dei Consorzi, unicamente per la diminuzione di contributo che ne deriverà.

In tal guisa i provvedimenti surriferiti, non torneranno affatto utili al servizio di vigilanza igienica; perchè lo renderanno superficiale ed incompleto, per difficoltà di distanza e per la impossibilità pratica ad aversi l'unicità di direttive fra varie amministrazioni comunali, le quali solo raramente agevolano l'opera dell'ufficiale sanitario, che tuttora per legge è alla loro dipendenza.

Per tanto gli ufficiali sanitari provvisori, fra cui alcuni ex combattenti, nominati dopo la guerra e che non potettero beneficiarsi del Decreto dell'aprile 1923, riguardante il conseguimento della stabilità, ci permettono di rivolgersi all'E. V., perchè tenga presente che essi, dopo un lodevole ed ininterrotto servizio di alcuni anni prestato in comuni per i quali non verranno più banditi i concorsi, perderanno tutti i vantaggi della continuità del servizio ai fini del biennio di prova (art. 36 della Riforma Sanitaria del 30 dicembre 1923), quando venissero a superare un concorso per ufficiale sanitario altrove.

Si augurano che l'E. V., con eque disposizioni, definisca la loro stabile sistemazione se mai anche in altri Comuni o Consorzi di Comuni privi dell'ufficiale sanitario, ed in ogni modo, nell'attesa della pubblicazione del Regolamento Sanitario, sospenda dovunque i concorsi e la formazione dei Consorzi che importano il licenziamento degli ufficiali sanitari provvisori ».

È stata poi inviata la seguente circolare.

« Gli ufficiali sanitari provvisori a qualsiasi provincia appartengono, sono pregati d'intervenire alla riunione generale che si terrà il giorno 9 dicembre 1924, ore 13, nella sede dell'Ordine dei Medici di Napoli in via De Pretis (Palazzo Assicurazioni Venezia), per discutere urgentemente circa la sistemazione definitiva della classe.

Tutti gli ufficiali sanitari provvisori che assolutamente non possono intervenire, potranno aderire scrivendo al dott. Antonio Libertini, ufficiale sanitario provvisorio in Caivano (Napoli) ».

I limiti d'età nei concorsi Ospitalieri.

È invalsa ormai l'abitudine di fissare per concorsi ospitalieri a primari e financo a Direttori dei limiti d'età di 40-45 anni incondizionatamente. Ora tali limiti se sono giusti per chi si presenta nuovo alla carriera nosocomiale passando da aiuto o da medico condotto o da altra posizione, sono inopportuni anzi profondamente ingiusti per chi occupa già un posto consimile in altro Ospedale. Tale concezione è ormai da tempo accettata per legge nel campo delle condotte mediche come quella che consente ai titolari di aspirare sempre al meglio, lavorando con lena e perfezionandosi. Invece proprio negli ospedali ove appunto è som-

mamente necessario tale stimolo, perchè vietare ai migliori di prendere parte ai concorsi per i posti più desiderati e che in ogni caso possono presentare il valore di una promozione per un professionista che ha sempre lavorato coscienziosamente e che seguita a studiare e a produrre appunto con tale miraggio?

Io conosco molti ottimi primari di piccoli o di medi ospedali, professionisti e studiosi apprezzabilissimi che restano per forza fermati nelle loro posizioni anche se interessi diversi li chiamerebbero altrove.

D'altronde non si può parlare di un danno pei giovani ma solo di giustizia distributiva perchè infine il numero dei posti resterebbe sempre quello. Nè ormai può fare ostacolo la pensione essendo anche gli ospitalieri come i condotti iscritti alla Cassa Nazionale. Dunque credo debba essere sostenuta la tesi che i limiti di età si debbano togliere anche pei concorsi ospitalieri per chi abbia fatto una carriera in Ospedali e in genere nei posti pei quali non esistono difficoltà dal punto di vista della quiescenza. Ed è tale quesito che io propongo all'opinione pubblica di tutti i colleghi. Prof. ARTURO CAMPANI.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

L'insegnamento superiore della parassitologia in Inghilterra.

Il prof. G. H. F. Nuttall deplora (*Parasitology*, mar. 1924) che la grande maggioranza dei medici inglesi sia digiuna di parassitologia. Gli studenti ne apprendono poche nozioni soltanto nel corso preliminare di zoologia. Anche i medici che seguono dei corsi di perfezionamento affrettati non ne apprendono gran cosa. L'unico rimedio sarebbe, secondo Nuttall, d'includere la parassitologia nel *curriculum* degli studi medici; questo corso dovrebbe essere limitato, nel tempo e nella mole delle nozioni impartite; ma quanto meno lo studente dovrebbe apprendere a raccogliere il materiale, a prepararlo ed a conservarlo, perchè possa servire alla diagnosi. V.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ARDENNO (*Sondrio*). — Consorzio san.; concorso prorogato al 10 dicembre.

AREZZO. *Ospedale V. E. III.* — Alle 12 del 15 dic., med.-chir. assistente. Età mass. 35. Alloggio; vitto nei giorni di guardia (alterni). L. 5000 e c.-v. Tassa L. 50. Chiedere annunzio.

AZZANO DECIMO (*Friuli*). — 2ª condotta, 6000 fino a 1500 poveri con 3 quinquenni del decimo; 2500 p. trasporto; doppio c.-v. Abit. 5000, pov. 210: estensione kmq. 25 (in pianura). Scadenza 8 dic.

CRESPINO (*Rovigo*). — Scadenza prorogata al 6 dicembre.

FOJANO DELLA CHIANA (*Arezzo*). — Terza cond.; L. 9000 fino a 1200 pov.; addiz. L. 2; 4 quadr. decimo; L. 3000 cav.; c.-v. Scad. ore 16 del 15 dicembre. Serv. entro 15 giorni.

MAGLIOLO (*Genova*). — L. 5000 e 4 quinquenni di L. 500; c.-v. 1200; u. s. 500. Scadenza 3 dic. Tassa L. 50.

PAMPARATO (*Cuneo*). — L. 4000 (*sic*), oltre L. 1200 p. trasp. e L. 500 uff. san., elevabili al minimo che stabilirà la G. P. A. con le nuove tabelle.

S. MICHELE DEL QUARTO (*Genova*). — Il concorso al posto di medico condotto è prorogato a tutto il 10 dicembre 1924, ore 17.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Sei posti di medico chirurgo assistente; età massima 30 anni; esami. L. 4500 lorde. Nomine per un biennio, eventuale riconferma per un altro. Scadenza 5 dicembre. — Aiuto medico, età massima 35 anni, esami. L. 4800 lorde; nomina escadenza come sopra.

VENEZIA. *Ufficio d'Igiene mun.* — Due medici batteriologi agg. al lab. micrografilo, con obbligo di profilassi delle mal. infettive; vietato esercizio prof. Esami a norma del Reg. 19 luglio 1906. Stipendio 12,500; c.-v. (massimo 3640). Prova per un biennio. Scad. 20 dic.

VENEZIA. — A proposito del concorso per il I Riparto della frazione di Burano, il Commissario Regio di Venezia informa che deve considerarsi annullato e privo di effetto il capoverso: « Il Comune si riserva di assumere informazioni dirette sul conto dei concorrenti e di escluderli eventualmente dal concorso, senza obbligo di indicarne i motivi ». (Meno male! perchè tutto ciò sapeva di santa Inquisizione!).

CONCORSI A PREMIO.

BOLOGNA. *Istituto Ortopedico Rizzoli.* — Premio Umberto I. Vedi fasc. 30. Scad. 31 dicembre 1924.

BOLOGNA. *R. Accademia delle Scienze.* — Fondazione S. Pozzi. Vedi fasc. 7. Scad. 31 dic. 1924.

FILADELFIA. *Collegio dei Medici.* — Premio Alverenga, dell'importo di 300 dollari, su qualsiasi argomento della medicina. Memorie dattiloscritte in inglese pubblicabile. Il premio precedente è stato assegnato al dott. L. Ameron di Vittoria (Australia) per il suo studio « Anomalie pancreatiche ». Scad. 1 mag. 1925. Per informazioni rivolgersi a: John H. Girvin, Secretary of the College of Physicians, 19 South 22d Street, Philadelphia, Pa. (S. U. d'America).

FIRENZE. *R. Università.* — Premio Dessy. Vedi fasc. 43. Scad. 30 giu. 1925.

FIRENZE. *Società Italiana di Pediatria.* — Quattro premi della Fondazione Mantovani. Vedi fasc. 32. Scad. 31 dicembre 1924.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Premio De Vincenti. Vedi fasc. 39. Scad. ore 12 del 31 dic. 1924.

MILANO. *Municipio.* — Due premi della Fondazione dott. A. Beretta. Vedi fasc. 15. Scad ore 12 del 28 feb. 1926.

MILANO. *R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere.* — Due premi della Fondazione Fossati. Scadenza ore 15 del 1° apr. 1925 e ore 15 del 31 dic. 1926. — Premio della Fondazione Ernesto De Angeli. Scad. ore 15 del 31 dic. 1926. Vedi fasc. 17.

MODENA. *R. Università.* — Premi Riccardo Luzzatto e Alfredo Simonini. Vedi fasc. 19.

NAPOLI. *R. Università.* — È bandito un concorso per due premi «Arena» di Clinica Medica, per l'importo di lire 1000 ciascuno, da assegnarsi ai migliori lavori sperimentali sui temi: «L'ammoniaca dell'urina nelle malattie del ricambio» e «Importanza dei lipoidi nell'organismo» rispettivamente. Possono concorrere i laureati italiani in medicina e chirurgia o in chimica pura degli anni 1923 e 1924, che abbiano riportato nell'esame di laurea voti assoluti e superato, se medici, l'esame di chimica fisiologica o di chimica clinica. La Commissione esaminatrice è composta dai proff. Bottazzi, Lo Monaco e Quagliarello.

I candidati debbono inviare i lavori, inediti e dattilografati, al prof. Bottazzi, Direttore dell'Istituto di Fisiologia in Napoli, S. Andrea delle Dame, 21, con le solite norme. Il concorso scade il 31 dicembre 1925.

ROMA. *Associazione Italiana per l'Igiene.* — Premi per opuscoli di propaganda. Vedi fasc. 39. Scad. 15 gen. 1925.

ROMA. *Ministero della Guerra.* — Premio Riberi. Vedi fasc. 8. Scad. 31 dic. 1924.

ROMA. *Reale Accademia dei Lincei.* — Due premi offerti dall'Istituto d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale; vedi fas. 24. Scad. 30 sett. 1926.

ROMA. *R. Università.* — Premio Baccelli al merito clinico. Vedi fasc. 46. Scad. 15 dic. 1924.

ROMA. *R. Università.* — Due premi di fondazione Girolami. Scad. 31 dic. 1924.

ROMA. *Società Italiana di Medicina Interna.* — Due premi ditta Hoffmann-La Roche. Vedi fasc. 15. Scad. ore 16 del 31 dic. 1924 e del 31 dic. 1925.

TORINO. *R. Accad. di Medicina.* — Premio Riberi. Vedi fasc. 33 del 1923. Scad. 31 dic. 1927.

CONCORSI UNIVERSITARI.

Il Ministero della pubblica istruzione, in data 20 novembre 1924 (Bollettino Ufficiale n. 47) ha bandito i seguenti concorsi a cattedre universitarie:

Firenze: Antropologia, etnologia e palentologia.

Padova: Istologia ed embriologia generale.

Pavia: 1) Anatomia comparata.

Roma: 1) Batteriologia; 2) Parassitologia; 3) Elettroterapia e radiologia medica; 4) Antropologia.

Siena: 1) Chimica farmaceutica.

Torino: 1) Patologia speciale chirurgica; 2) Batteriologia e immunologia; 3) Anatomia e fisiologia comparata.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. prof. Giuseppe Roasenda, docente di Neuropatologia presso la R. Università di Torino, e direttore dello Stabilimento Idroterapico di Graglia (Biella) è stato nominato Commendatore della Corona d'Italia.

NOTIZIE DIVERSE.

La IV Conferenza dell'Unione internazionale contro la tubercolosi.

È stata tenuta a Losanna, con la partecipazione di 29 Stati aderenti alla Società delle Nazioni. Mancavano quindi la Germania, la Russia, la Turchia, la Bulgaria. I convenuti erano oltre 400, fra cui le più spiccate e note personalità scientifiche, come Calmette, L. Bernard, Besançon, Stahelin, Sahli, Shiga, Inada, ecc. L'Italia aveva mandato, con la Presidenza dell'Associazione nazionale contro la tubercolosi, Paolucci e Mendes, 25 rappresentanti delle varie regioni, direttori di sanatori, giornalisti, medici ospedalieri. Notata e lamentata fu l'assenza di professori universitari.

I temi della Conferenza furono i seguenti: 1) *Esistono in natura — o possono crearsi artificialmente — forme saprofitiche del bacillo di Koch, che siano capaci di trasformarsi in bacilli tubercolari virulenti?* Il relatore Calmette concluse per la negativa. 2) *Relazione fra lo stato di gestazione e la tubercolosi.* La conclusione di Forstner (Stoccolma) è che le condizioni di salute delle tubercolotiche non vengono modificate dalla gravidanza. 3) *Gli effetti della organizzazione della lotta antitubercolare sulla diminuzione della mortalità tubercolare.* Sir Robert Philip rileva la diminuzione generale della tubercolosi e conclude affermando la bontà dello schema di lotta adottato dovunque.

Fra gli italiani, hanno portato comunicazioni varie Paolucci, Mendes, Ronzoni, Bocchetti, Levi ed altri.

Vennero poi tenute due conferenze l'una da Sahli (Berna) sulla lotta dell'organismo contro la tubercolosi, che l'O. vede imperniata sulla tubercolinoterapia per via intradermica, l'altra da Bernard sulla profilassi della tubercolosi nel bambino. Per iniziativa di Carpi (Milano) e sotto la presidenza di Dumarest, si tenne una seduta della Società del pneumotorace artificiale (fondata da Forlanini nel 1907); rilevata la grande diffusione che tale metodo di cura ha ormai raggiunto, si decise lo scioglimento della società stessa.

I congressisti visitarono poi le istituzioni antitubercolari della Svizzera.

Biblioteca internazionale di eugenica.

La Commissione internazionale di eugenica, riunitasi a Milano nel mese scorso, fra gli altri argomenti trattò anche ed approvò la proposta del prof. Corrado Gini, presidente della Società italiana, intesa a fondare una biblioteca internazionale di eugenica. Essa dovrebbe far meglio conoscere nel campo internazionale l'attività delle singole Nazioni in tema di eugenica con la pubblicazione di almeno un volume all'anno (in francese od in inglese) contenente la produzione più scelta di ogni paese.

La pubblicazione sarà curata dall'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale, il cui presidente prof. Levi ha provvidamente concorso all'attuazione della idea del prof. Gini. Questi in particolar modo però provvederà alla re-

dazione del volume, coadiuvato da soci corripondenti dall'estero. I cultori di eugenica, che desiderano collaborare con memorie originali debbono rivolgersi perciò al prof. Corrado Gini presso l'Istituto di Previdenza in Roma, via Minghetti, 17.

Congresso di medici di lingua francese al Canadà.

L'8° Congresso dei medici di lingua francese dell'America del Nord si è tenuto a Quebec sotto la presidenza del prof. Vallée, dell'Università di Laval; il Governo francese si è fatto rappresentare dal prof. Ed. Sergent, dal dott. Ribadeau-Dumas di Parigi e dal prof. Jeanneney.

La Cassa Nazionale Infortuni e la tassa esercizio.

La Cassazione del Regno, con una recente sentenza, stesa dall'illustre consigliere Pasini, afferma autorevolmente che presupposto fondamentale per l'imposizione della tassa esercizio e rivendita è *il fine di lucro* dell'attività dell'azienda o della persona colpibile.

In conseguenza, accogliendo la tesi sostenuta dalla Cassa Nazionale Infortuni nei confronti del Comune di Napoli, ha dichiarato non soggetta alla tassa la Cassa stessa, trattandosi di Istituto di carattere pubblico, che adempie a funzioni obbligatorie e indefettibili, senza scopo o possibilità di lucro.

Il numero dei medici in Inghilterra.

Il 31 dicembre 1923 figuravano iscritti nel « Medical Register of England » 48,180 medici, il che corrisponde a circa 1 medico ogni 1000 abitanti. Nel 1923 le iscrizioni nuove sono state 2482. Dal 1876, in cui i medici iscritti furono 22,713, si è avuto un incremento quasi costante del rapporto tra i medici e la popolazione. (*Journal A. M. A.*, 4 ottobre 1924).

Abolizione di restrizioni nell'esercizio della medicina

In seguito a un *referendum* popolare nella zona rurale del Cantone di Basilea è stato reso libero l'esercizio della medicina, senza alcuna restrizione di diplomi.

Così — dice la « Schweizerische Medizinische Wochenschrift », che reca la notizia — quel mezzo Cantone, sembra volere un ritorno al ciarlatanismo!

Difesa dei minorenni contro le intossicazioni in Germania.

Il Reichstag ha votato una legge che vieta di somministrare liquori e bevande alcooliche nei ristoranti, alberghi, bars e altri spacci e stabilimenti commerciali a giovani i quali non abbiano raggiunto l'età di 18 anni; è ugualmente proibita la vendita o la somministrazione di tabacco agli adolescenti che non abbiano 16 anni.

Industrie insalubri.

Con decreto del Ministero dell'Interno in data 15 ottobre 1924, su conforme parere del C. S. S., la manifattura dei tabacchi è stata inserita alla seconda classe dell'elenco delle industrie insalubri e pericolose.

Si è spento il prof. F. DOFLEIN, uno dei più reputati protozoologi dei nostri tempi; insegnava zoologia e anatomia comparata all'Università di Breslavia. È autore di un noto trattato e di pubblicazioni molto accreditate. M.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Off. Tip. Sandron. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXXI Roma, 8 Dicembre 1924 Fasc. 49

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE CIVILE DI ALESSANDRIA
DISPENSARIO E SALA DERMOCELTICA
diretti dal dott. E. CORTONA.

La riattivazione della reazione di Wassermann con iniezioni di proteine aspecifiche

per il dott. ARTOM MARIO.

Nei primordi della cura salvarsanica fu assai di sovente osservato dai sifilografi che studiarono il comportamento della Wassermann durante la cura del 606, uno strano fenomeno, che cioè la Wassermann, primitivamente negativa, diventava positiva durante la cura. Le conclusioni degli sperimentatori che attribuivano tale fenomeno o all'azione negativa del salvarsan o alla mancanza di valore della reazione sierologica nella determinazione dell'esistenza della sifilide, furono combattute da Milian (1-4) il quale enunciò per primo il concetto del risveglio temporaneo della Wasserman con l'iniezione endovenosa di 606.

Egli chiamò tale mezzo per fare apparire positiva la WR. mediante il trattamento, «riattivazione biologica» per distinguerla dalla riattivazione in vitro ottenuta con l'aggiunta al siero di solfato di barite, che s'era dimostrato appunto atto a far diventare Wassermann-positivi i sieri Wassermann-negativi.

Sin dalle sue prime comunicazioni Milian stabilì esservi la possibilità di una riattivazione precoce e di una riattivazione tardiva, la prima esplicantesi di solito nei primi tre giorni, la seconda all'incirca dopo il dodicesimo e ne confermò il valore pratico sulla base di esperienze personali, le quali dimostrarono non esistere il fenomeno nè nella sporotricosi, nè nel cancro, esser cioè un mezzo assolutamente specifico, mercè il quale era possibile ridurre la percentuale della WR. negative nei sifilitici dal 20 al 3 %.

Milian cercò pure di dare una spiegazione al fenomeno da lui osservato. Egli considerando la Wassermann determinata non dalle spirochete, ma dagli anticorpi circolanti nell'organismo, stabilì che la riattivazione è dovuta all'uccisione di treponemi per opera del salvarsan in quanto i treponemi morti si comportano nel produrre anticorpi come i bacilli morti nella sieroterapia; paragonava egli anzi la riattivazione con la sieroterapia antidifterica, con la quale egli trovò un punto di riavvicinamento nel fatto che con questa ultima gli anticorpi appaiono nel sangue al dodicesimo giorno, epoca in cui si verifica anche il fenomeno della riattivazione.

Dopo Milian, numerosi altri sperimentatori si occuparono del fenomeno da lui messo in luce e cercarono di studiarne l'assenza e di portar ad esso dei perfezionamenti.

Nicolas e Charlet (5) studiarono le modificazioni che alla Wassermann potevano portare i vari mezzi terapeutici antisifilitici e stabilirono che la riattivazione era possibile ottenerla anche con pillole di protoioduro di mercurio mercè le quali essi provocarono la positività della WR. in un sifilitico secondario, in un caso su 4 di sifilide terziaria, in 2 su 3 di sifilide quaternaria, in 1 su 2 di sifilide ereditaria.

Anche con questo mezzo riattivante, il fenomeno si dimostrò nettamente specifico.

A. Sainz de Aja (6) concluse le sue ricerche sull'argomento dimostrando, che, non solo il salvarsan ed il neosalvarsan, ma anche le iniezioni endovenose di cianuro, benzoato, bicloruro, bijoduro, erano atte alla riattivazione. Secondo tale Autore non avrebbero valore riattivante le iniezioni endomuscolari di preparati insolubili di mercurio, nè le iniezioni endomuscolari di preparati arsenicali, mentre avrebbero potere di provocare una precoce riattivazione i preparati idrargirici solubili.

Picard (7) successivamente usò allo stesso scopo le iniezioni endovenose di collargolo, che, secondo lui, hanno un'influenza notevole ed aspecifica sulla WR., che da esse può essere sia inibilta che riattivata, e che in seguito ad esse potrebbe apparire positiva anche in individui immuni da sifilide, tanto che l'A. sconsiglia di praticare la WR. in individui che di recente abbiano subito iniezioni di argento colloidale.

Bergeron e Jouffrai (8) considerando che il trattamento per la riattivazione non deve essere nè troppo energico, nè troppo debole, non divenendo la WR. positiva se non alla condizione che la quantità di tossine messe in circolo per la distruzione dei treponemi sia sufficientemente abbondante, e la loro permanenza in circolo sufficientemente prolungata, escludono la convenienza di usare preparati arsenicali per via endovenosa e credono preferibili le iniezioni sottocutanee di preparati mercuriali. Essi usarono iniezioni endomuscolari di solfo-mercurio colloidale di cui ne praticavano 5 a breve intervello, eseguendo poi dopo la fine di tale cura, tre volte la WR., a periodi intervallari di 15 giorni. Essi hanno ottenuto con tal mezzo buoni risultati in 20 casi di sifilide certa e 16 di sifilide probabile.

Oltre a questi sperimentatori che apportarono le prime modificazioni al metodo della riattivazione biologica della Wassermann, sta un gran numero di studiosi (Gennerich, Renaud, Petges, Boas, Plaut, Ravaut, Janselme, Pease, Kall, Martelli, Spremolla, ecc.), i quali si occuparono di tale fenomeno portando contributi vari di dettaglio e giudizi sul valore pratico del metodo. Recentemente, all'apparire del bismuto come nuovo mezzo terapeutico contro la lue, sorse la discussione sulla possibilità della riattivazione sulla WR. con tale preparato, e mentre alcuni autori (Fournier et Guenot, Villemin, Simon) si dimostrarono convinti di tale possibilità, altri (Lacapère et Galliot) la negarono. Infine Cestan, Riser e Bonhoure (9) studiarono la possibiltà di riattivare la reazione di Wassermann nel liquido cefalo-rachideo basandosi sulle ricerche di numerosi autori ch'essi ricordano (Ravaut e Scheikevitch, Head e Fearnsides, Dreyfus, Leredde, Milian e Levy-Bing, Benard, Salomon e Klauder, ecc.), i quali avevano già osservato che il salvarsan è in certe condizioni atto ad aumentare le modificazioni patologiche del liquido cefalo-rachideo dei sifilitici nei quali esistono lesioni del sistema nervoso. Essi concludono che come esiste la possibilità della riattivazione della WR. del siero sanguigno nella lue latente, così si ha uguale possibilità di riattivazione della WR. nel liquor dei sifilitici nervosi.

Non mancano nella letteratura però le voci discordi circa il valore della riattivazione biologica.

King (10) la considera, in base alle sue ricerche personali, di valore assai discutibile, aspecifica ed incerta.

Strickler, Munson e Sidlick (11) su 30 malati presentanti dermatosi varie (eczemi, psoriasi, acne, purpura, sicosi, vitiligo) con WR, negativa e senza antecedenti nè stigmati sifilitiche, hanno praticato iniezioni di gr. 0,50 di arsfenamina, facendo precedere ogni iniezione da un salasso. Essi constatarono che la WR. diveniva positiva, e precisamente francamente positiva nel 38 % dei casi, modicamente positiva nel 21 %, dubbia nell'8 % e permaneva negativa nel 33 %. La reazione positiva si manteneva tale, in qualche caso per qualche settimana. Gli AA. scartono l'idea della riattivazione perchè i malati erano sicuramente non luetici e perchè non ebbero alcuna modificazione delle dermatosi durante la cura. Essi pensano ad un'azione tossica esercitata dall'arsenico su fegato, milza e midollo osseo, che diventerebbero atti ad elaborare una sostanza lipoidea analoga a quella provocata nell'organismo dalla spirocheta.

Felcke (12) sostiene che non sia in gioco,

nella riattivazione, un fatto biologico, ma che il salvarsan provochi la positività della Wassermann attraverso ad un mutamento da esso prodotto nella struttura delle siero-globuline, che diverrebbero non più atte a provocare l'emolisi. Tale concetto fu smentito sia da Kilduffe (13) che dimostrò che in animali sani l'iniezione di salvarsan non provoca mai la comparsa di WR. positiva, sia dagli sperimentatori cha dimostrarono essere possibile ottenere la riattivazione anche con preparati non salvarsanici, sia da Spremolla (14) che sperimentando su cani e cavie ha dosato il complemento ed eseguita la WR. prima dell'introduzione di neosalvarsan e dopo di questa, ad intervalli diversi, senza mai osservare alterazioni nel tasso complementare nè modificazioni del risultato della WR. che è stata costantemente negativa.

Recentissimamente poi Krefting (15) in un lavoro di critica, nega ogni valore alla riattivazione, dicendo di non averla mai osservata in alcun malato, ed afferma essere sua opinione che tutti i casi riferiti come riattivazione siano dovuti ad accidentali variazioni delle quantità delle reagine del siero, concludendo col prognostico che il metodo proposto da Milian sia destinato a perdere presto ogni giustificazione. Inoltre egli attribuisce la riattivazione della WR. del liquor ottenuta da Cestan e collaboratori ad una irregolarità nella tecnica della Wassermann, citando a convalida della sua tesi l'opinione di alcuni sierologi scandinavi.

Milian (16) risponde brevemente alle osservazioni di Krefting dimostrando che è un'evidente realtà la possibilità della riattivazione della WR., ricordando nuovi casi clinici che attestano la indiscutibilità di tale fenomeno di cui ripete le tecnica, ritornando sulla necessità che l'iniezione provocatrice sia fatta lungi da ogni terapia antisifilitica, e che, dopo la iniezione siano fatte almeno tre siero-reazioni ad intervalli diversi.

L'opinione dei testè citati autori, che non concordano nell'attribuire un valore alla riattivazione, non ha impedito a tale metodo di entrare nella pratica corrente come ausilio diagnostico di indiscusso valore, e di essere comunemente usato, insieme ad altri artifici (antigeni colesterinizzati, complemento a dosi scalari, aumento della quantità di siero emolitico) con lo scopo sia di ottenere una maggiore sensibilità della WR. per la diagnosi delle sifilidi antiche, anergiche, dubbie, sia di avere un controllo sierologico più probativo nel giudicare della guarigione di una sifilide curata.

Tutti gli sperimentatori sin qui ricordati usarono come riattivanti nelle loro esperienze dei preparati antisifilitici, arsenobenzolo, mercurio, bismuto, se si eccettua Picard, il quale usò, con cattivo esito, il collargolo che egli però adottò considerandolo un preparato antisifilitico.

Nella seduta del giugno dello scorso anno, io riferivo alla Sezione piemontese della Società Italiana di Dermatologia (17) i primi risultati ottenuti nei miei tentativi di ottenere la riattivazione della Wassermann con iniezioni di proteine aspecifiche. Già Uddgren (18) e in seguito Guszmann (19) avevano dichiarato essere possibile ottenere la riattivazione sierologia con le iniezioni di latte e dalle loro ricerche avevano concluso che le modificazioni ottenute con tale mezzo erano specifiche.

Scheber (20) studiando l'azione della terapia aspecifica nella sifilide, si era pure incidentalmente occupato della possibilità di ottenere la riattivazione durante la lattoterapia, e concludeva che l'azione provocatrice non era ottenibile con sole iniezioni di latte (che egli credeva pure insufficiente di per sè stesse ad agire sulla sintomatologia clinica) ma ammetteva che l'associazione della eteroproteinoterapia alla cura specifica mercuriale, favoriva l'azione di questa sia come mezzo terapeutico sia come mezzo provocatore della Wassermann.

Ayres (21) ottenne la riattivazione biologica con il bromuro di radio iniettato per via endovenosa alle dosi di 100 microgrammi e Conradi e Sklarek (22) con iniezioni sottocutanee di vaccino tifico.

Infine Radnai (23) in luetici nei quali non era riuscito ad ottenere la riattivazione della WR. con 0,30 di neosalvarsan, vide la reazione sierologica diventare positiva dopo iniezioni di Aolan fatte sia per via endomuscolare che per via intradermica.

Tali ricerche si ricollegano con quelle ben più numerose e più ampie relative all'azione dei preparati aspecifici nella cura della lue.

Cappelli che si è assai occupato dell'argomento, sin dal 1919, pubblicava in collaborazione con Signorelli (24) i risultati ottenuti con iniezioni endovenose di vaccino colerico in quattro leutici da lui trattati, in uno dei quali aveva ottenuto dei risultati brillanti, consistenti nella scomparsa rapida delle manifestazioni mucose ch'erano in atto.

In un successivo lavoro (25) il Cappelli stesso, dopo un'accurata rivista delle non numerose memorie riferentisi all'eteroproteinoterapia della sifilide, riferisce i risultati di nuove ricerche tendenti a dimostrare il valore

del coefficiente aspecifico nella cura della sifilide.

Io rimando per quanto riguarda la bibliografia ed i risultati clinici al testè citato lavoro, essendo mio compito di occuparmi esclusivamente dell'importanza del trattamento aspecifico come riattivante delle reazioni sierologiche.

L'influenza della terapia aspecifica sulla WR. era già stata notata oltre che dal Cappelli, da alcuni osservatori, i quali, con il modificarsi dei caratteri clinici della malattia in seguito a tale terapia, avevano concordemente visto avvenire modificazioni nelle reazioni sierologiche.

Ersettig (26) vide diventare quasi constantemente negativa la WR. in seguito ad iniezioni di vaccino tifico e colerico.

Schreiner (27) ottenne ugualmente rapida modificazione della WR. con iniezioni di peptone associate alla cura salvarsanica.

Kyrle (28) afferma di avere dall'associazione della cura mercuriale con la terapia aspecifica fatta col Mirion o con preparati eteroproteici un'influenza benefica sulla negativizzazione della WR.

Son noti d'altra parte i numerosi esempi di rapide modificazioni sierologiche ottenute nella paralisi progressiva con i metodi di cura non specifica, introdotti in terapia da Wagner v. Jauregg (29) in seguito alle osservazioni da lui fatte relative all'influenza benefica esercitata sul decorso della psicopatia dalle malattie intercorrenti febbrili. Risultati vari, ma secondo il più gran numero di autori assai incoraggianti sulle reazioni sierologiche del sangue e del liquor si sono ottenute nella paralisi progressiva dai preparati eteroproteici prima e poi da preparati colloidali, chimici, ecc., che pur non essendo proteine, vengono ad esse ravvicinate perchè l'esperienza ha dimostrato che l'azione fisiologica da essi esercitata nell'organismo è simile a quella delle eteroproteine, e perchè anzi, secondo alcuni, il meccanismo d'azione loro è uguale a quello per il quale agiscono le iniezioni parenterali di sostanze proteiche. Infine, vennero introdotte nella terapia della paralisi progressiva con risultati che, secondo molte memorie, giungono sino alla remissione completa, sia della sintomatologia clinica, sia di quella umorale, le inoculazioni di germi della malaria e della ricorrente, che secondo i consigliatori di tale metodo (Wagner, Kirchbaum) agirebbero come le altre cure aspecifiche, in quanto stimolano l'organismo, che di conseguenza aumenta la propria reazione di difesa.

Ma, tra tutte queste esperienze che concludono per una influenzabilità della WR. per opera terapia non specifica, furono specialmente alcune osservazioni accidentali di alcuni Autori che mi colpirono e mi consigliarono di studiare su più vasta scala la possibilità di riattivazione della Wassermann con eteroproteine.

Neuda (30) occupandosi dell'azione dell'infezione influenzale sulla Wassermann, azione consistente in una negatività della reazione sierologica acquisita da un buon numero di luetici durante il corso dell'influenza, riferisce il caso di una ragazza dicianovenne, luetica, con WR. negativa, la quale, colpita da polmonite, ebbe WR. positiva durante la malattia, per ritornare ad avere WR. negativa dopo la guarigione; un'iniezione di latte provocò in tale malata il ritorno della WR. alla positività. Head e Seabloom (31) videro una WR. diventare positiva durante una pneumonite in un individuo con lue latente e Marini (32) durante un tifo comparire in un individuo con lue ignorata, non solo la positività della Wassermann, ma anche un sifiloderma papuloso. Quest'Autore conclude perciò per un'influenzabilità della lue da parte dell'infezione tifosa, contrariamente all' opinione di Mestchersky (33)

Hutinel e Nadal (34) videro diventare WR. positivi i sieri di sifilitici ereditari durante le più varie affezioni febbrili o non febbrili Nella scarlattina tanto frequente è la riattivazione della WR. durante la malattia, che si credette che la malattia stessa fosse capace di indurre alla positività la WR. anche nei non sifilitici, concetto questo dimostrato falso da Pontano (35) Milian e da numerosi altri Autori.

Cappelli, nel già citato lavoro, ricorda che in un sifiloma iniziale in periodo siero-negativo, la prima iniezione di vaccino colerico fece diventare positiva la WR. e riparare rapidamente la lesione clinica, mentre nello stesso soggetto una seconda iniezione fece apparire la roseola.

Dimostrata così l'esistenza di una riattivazione spontanea della WR. durante le malattie infettive e di una riattivazione provocata con la vaccino-terapia eterologa e con la proteinoterapia aspecifica, ho voluto ricercare con quale modalità tale fenomeno avvenisse, in quali limiti, e di quali eventuali applicazioni pratiche fosse passibile. Il tempo richiesto da tali ricerche fu di necessità assai lungo, per la difficoltà di trovare il materiale adatto in quantità tale da conferire alle ricerche un valore probativo, tanto più che la riattivazione per dare risultati apprezzabili deve es-

sere praticata in individui con sifilide antica mai curata, o da tempo non trattata con preparati specifici, per evitare, sia l'insuccesso certo della riattivazione tentata su di un reazione divenuta negativa per un recente trattamento, sia la possibilità di una riattivazione dovuta all'azione provocatrice esercitata dal mezzo aspecifico, non come tale, ma per l'intermediario dei residui di medicamenti antisifilitici esistenti nell'organismo residui che possono essere resi attivi dall'iniezione del preparato aspecifico.

Le prime ricerche furono dirette a studiare quale dei sistemi di eteroriattivazione fosse preferibile. Non tutte le sostanze infatti raggruppate sotto la denominazione di proteine eterogenee danno gli stessi risultati terapeutici nelle stesse forme morbose, quantunque, nel buio che ancora circonda il loro intimo mezzo di azione, sulla base delle sole apprezzabili modificazioni da esse prodotte nel sangue, costituenti lo choc emoclasico, siano state considerate come ugualmente agenti. Così si è dimostrata particolarmente attiva la latto-terapia nelle affezioni reumatiche e settiche, il peptone e i sieri specialmente adatti per le diatesi emorragiche i vaccini eterologhi nelle forme infettive avute, il sangue omologo nelle infiammazioni e infezioni cutanee.

Quale di tali mezzi era da preferirsi per ottenere la riattivazione della Wassermann? Senza dilungarmi nel ripetere tutte le esperienze preliminari fatte, dirò subito che, sin dall'inizio, mi parve l'autoemoterapia assolutamente inadatta a produrre il fenomeno di riattivazione, come pure del tutto inattive le iniezioni di siero di cavallo e di tricofitina. Risultati assai dubbi ottenne dall'introduzione per via sottocutanea di tubercolina di Koch al 10 % di cui iniettavo due centigrammi e dalle iniezioni di mucleinato di sodio. I più incoraggianti esiti li ebbi sin dal principio dell'iniezione di latte sterile, alle quali mi attenni nelle prove successive e a cui si riferiscono i risultati che riporto.

Seguendo l'esempio dei precedenti Autori ho diviso in diversi gruppi gli ammalati studiati.

Sifilide latente non curata. — Otto casi, in tutti vi erano segni di lue pregressa; quattro di essi avevano WR. negativa con ritardo nella emolisi. Di questi tre ebbero riattivazione netta. Degli altri quattro con WR. completamente negativa uno ebbe dopo l'iniezione di latte WR. positiva evidente. Negli altri la riattivazione fu negativa. In totale si ebbe la riattivazione in quattro casi su otto (50 %).

Sifilide latente già curata. — Trentasei casi tutti di sifilide clinicamente e sierologicamente già accertata e tutti presi in osservazione dopo un periodo di almeno sei mesi di abbandono d'ogni cura specifica.

In dieci (28 %) si è ottenuta una riattivazione positiva; negli altri non sussegui al trattamento aspecifico alcuna modificazione nel reperto sierologico. La bassa percentuale può qui attribuirsi al fatto che numerosi pazienti erano stati intensamente curati, per cui si può pensare che in essi il processo morboso fosse già completamente spento,

Sifilide recente. — Undici casi di sifilide primaria osservata nel periodo della prima incubazione. In sei (48 %) si ebbe la riattivazione positiva; in due di questi si ebbe pure il fenomeno di Herxheimer con comparsa di roseola. È da notare qui che alcuni di questi pazienti pur essendo ancora nel periodo Wassermann-negativo erano sul limite della prima incubazione, onde è difficile scevrare se si tratti di una vera e propria riattivazione o non piuttosto di un trapasso naturale dal periodo Wassermann-negativo a quello Wassermann-positivo e ciò in special modo per due dei casi in cui si notò la riattivazione tardivamente. Rimangono però come indiscutibili riattivazioni biologiche quelli in cui si ebbe la reazione di Herxheimer.

Eredo lue. — Sedici casi di cui undici bambini e quattro adulti tutti con WR. positiva nella madre o con indiscutibili dati anamnestici e stigmati cliniche. In sei (33 %) di essi si ebbe la riattivazione positiva. Tutti questi avevano la WR. negativa con ritardo nella emolisi e di questi quattro erano adulti e due avevano superato il sesto anno di età. In tutti i lattanti e i piccoli bambini sicuramente eredo-luetici Wassermann-negativi la riattivazione con iniezioni di latte si dimostrò assolutamente inefficace quantunque la quantità di proteina introdotta fosse assai alta in proporzione al peso corporeo.

Complessivamente su 71 pazienti si ebbe la riattivazione in 26, vale a dire nel 35 % dei casi.

Fu per controllo ripetutamente provato in quasi un centinaio di individui sicuramente immuni da lue e affetti da adeniti veneree o da dermatosi varie, e sottoposti a galattoterapia, se, durante la cura, in periodi diversi apparisse la Wassermann-positiva, ma non fu mai riscontrata tale evenienza.

La tecnica seguita è assai semplice: la WR. era sempre fatta con 3 antigeni e quasi sempre in 2 laboratori diversi: stabilita la negatività di essa nel soggetto luetico, si iniettavano a questi 5 cmc. di latte sterile nei glutei facendo

poi 3 o 4 prese di sangue dopo 3, dopo 6, dopo 13 e dopo 20 giorni dall'iniezione.

Nei casi di riattivazione negativa si rifaceva un'iniezione di 10 cmc. di latte sterile in 21ª giornata per poi ripetere, dopo questa nuova iniezione provocatrice la WR, tre o quattro volte, sempre con gli stessi intervalli e lo stesso metodo.

Dei 26 casi di riattivazione positiva, 24 furono ottenuti dopo la prima iniezione parenterale di latte, e 2 soli dopo la seconda.

In 5 di essi la riattivazione fu precocissima, rendendosi evidente già nella WR. praticata in terza giornata, in 18 si ebbe la WR. positiva dopo 6 giorni, in 3 dopo 13, mai comparve la positività dopo tale periodo di tempo, non si riscontrò mai nelle WR. praticate in ventesima giornata la avvenuta riattivazione. Non si è notato alcun rapporto tra la reazione febbrile successiva alla iniezione e la possibilità di riattivazione della Wassermann.

La durata della positività provocata, si potè ricercare nei pochi casi in cui fu possibile, tenere in osservazione i malati per lungo tempo, rimandare senza nuocere loro l'inizio della cura, e sottoporli a successivi salassi. La diversità dei reperti ottenuti non permette di poter trarre una regola su tale argomento. In due casi, dopo due mesi dall'iniezione riattivante, permaneva ancora WR. positiva.

Se si confrontano i risultati delle su riferite esperienze con quelli riportati nelle memorie degli Autori che si occuparono della riattivazione biologica della Wassermann con preparati antiluetici e specialmente arsenobenzoli, appaiono subito due fatti: 1) la minore percentuale di riattivazioni ottenute con le iniezioni di latte; 2) la maggior precocità di comparsa di dette riattivazioni.

Basta infatti, per citare solo alcune delle statistiche più numerose, pensare che il Martelli (36) dà su 565 riattivazioni il 70 % di possibilità di riattivazione positiva col neosalvarsan e il 56 % con il calomelano, che la Spremolla (14) dà il 90,9 % di riattivazioni positive con neosalvarsan , l'86,3 % col calomelano, l'81,8 % col Bijoduro, e che il Silberstein (37) ottenne col salvarsan una percentuale del 70 % di riattivazioni nei sifilitici certi e del 30 % nei sifilitici primari sieronegativi.

Di fronte a tali cifre, e a quelle che riferiscono altri sperimentatori, è assai bassa certo la percentuale del 35 % da me ottenuta con le iniezioni di latte.

Nella quasi totalità dei casi la riattivazione si produsse prima del 6° giorno, mentre, secondo l'esperienza di Milian e le concordi affermazioni di molti altri autori, l'apparizione di essa in seguito al salvarsan si effettua di solito intorno al 14° giorno dall'iniezione provocatrice.

Mai nelle mie esperienze fu verificata la riattivazione dopo il 15° giorno, mentre son noti gli esempi della riattivazione salvarsanica osservata anche dopo la 30ª giornata.

La riattivazione proteinica si dimostrò infine assolutamente specifica e parve particolarmente indicata in tutte quelle Wassermann negative, in cui però l'emolisi avviene con notevole ritardo, che ripetute più volte si mantengono sempre tali, causando spesso perplessità nel sierologo e nel clinico che su tale referto devano dare il loro giudizio.

***

Il meccanismo intimo del fenomeno della riattivazione è tutt'ora oscuro e tutti gli Autori si pronunciano su tale argomento con ipotesi e con interrogativi.

Secondo Milian, Lacapère e la maggior parte dei sifilografi sarebbe questo un fenomeno simile a quello di Herxheimer dovuto agli anticorpi messi in circolo dai treponemi uccisi.

Può sotto tale punto di vista giustificarsi anche l'azione riattivante delle iniezioni parenterali di proteine?

La dimostrazione che la proteinoterapia aspecifica, da sola, può, nella sifilide, modificare le reazioni biologiche ed anche risolvere completamente lesioni cliniche, giustifica il pensare che, sia pure indirettamente, attraverso alla rapida, tumultuaria esaltazione dei poteri di difesa organici, avvenga una distruzione di spirochete ed una conseguente azione di anticorpi.

Ma a questa concezione si può fare una grave obbiezione relativa alla precocità dell'azione riattivante esercitata dall'iniezione di latte, rispetto a quella provocata dall'iniezione di salvarsan.

È noto infatti che con l'iniezione di salvarsan gli AA. hanno osservato effettuarsi la riattivazione nella grande maggioranza dei casi intorno al 14° giorno, fatto questo che Milian, nell'ultimo suo lavoro, considera un argomento decisivo in favore di un rapporto di causalità e non di coincidenza, tra iniezione provocante e riattivazione sierologica, e che lo induce a fare un parallelo del fenomeno da lui studiato con i fenomeni immunitari. Risulta d'altra parte dalle mie esperienze, come già da quelle di Guszmann che con l'iniezione di latte la positivizzazione della Wassermann si rende evidente nella quasi totalità dei casi intorno al 6° giorno dall'iniezione. Orbene, come

si può pensare che un'azione imponente come quella determinata dal neosalvarsan, più attiva per l'essenza stessa del farmaco, più rapida per la via di introduzione, che più presto e su maggior scala può produrre l'uccisione di spirochete e conseguente messa in circolo di anticorpi possa esercitare un'azione riattivante più tardiva che l'iniezione di latte?

Uguale obbiezione si può fare ai concetti espressi da Rebaudi e Sivori (38) che, in un loro importante lavoro intorno alla valutazione della Reazione di Wassermann, si soffermano sul problema della riattivazione che essi giudicano un' importante ausilio diagnostico. Essi partono dal concetto che la WR. è una reazione immunitaria in dipendenza del processo reattivo organico. Per essi quindi la positività della Wassermann può essere in dipendenza di un processo in piena attività, come pure può avere solamente il valore di una persistente reazione allergica simile alle reazioni allergiche alla tubercolina, tricofitina, sporotricosina, ecc., che persistono a lungo dopo la guarigione. Corrispondentemente una Wassermann negativa può significare o la guarigione della malattia o un'anergia dovuta alla sopraffazione del virus sull'organismo che perciò non ha più il potere di produrre elementi reattivi in quantità tale da dare una reazione.

In dipendenza di questi presupposti è la spiegazione che detti AA. danno del meccanismo della riattivazione; questa si può, secondo essi, considerare agente in tre modi: o iniettando una sostanza spirocheticida si mettono in circolo gli antigeni dovuti alla distruzione dei treponemi, o la sostanza stessa con la sua azione disintossicante diminuisce l'azione del virus permettendo all'organismo di reagire, o infine i due metodi suddetti agiscono contemporaneamente o successivamente, ipotesi quest'ultima che pare agli AA. la più probabile.

Il valore della riattivazione della Wassermann da Rebaudi e Sivori è considerata assai grande, anzi secondo essi è questa una prova necessaria nelle Wassermann negative per distinguere un processo spento da una forma attiva in individuo a capacità reattiva limitata. A questa concezione si possono fare obbiezioni relative sia all'esistenza di forme sifilitiche sierologicamente anergiche, nel senso indicato dagli Autori citati, sia circa il fondamento immunitario della reazione di Wassermann.

La data d'apparizione della riattivazione in 6ª giornata mi pare possa inoltre far escludere la dipendenza della positività della reazione sierologica dalle modificazioni quantitative e qualitative che avvengono nella formula sanguigna, dall'aumento del potere agglutinante e del potere antigeno. dall'aumento del potere di coagulazione del sangue, come pure dell'aumento dei fermenti proteolitici, lipolitici e glicolitici, da quel complesso insomma di disturbi dell'equilibrio fisico-chimico del sangue, che è stato dimostrato dagli ematologi essere conseguenza immediata dell'introduzione in circolo di sostanze eterogenee, e che costituisce il così detto choc emoclasico.

La data dell'apparizione della reazione, dicevo, lo esclude in quanto è dimostrato che tali modificazioni sanguigne successive alle iniezioni di proteine, iniziate quasi immediatamente dopo l'iniezione, cedono sempre prima della terza giornata.

Concorre pure a far considerare che tali modificazioni precoci del sangue non abbiano valore di per sè stesse nel far reagire positivamente il siero, la considerazione che le stesse alterazioni dell'equilibrio colloidale sono prodotte da altri procedimenti (salasso, introduzione di tutte le sostanze colloidali, irradiazioni di luci colorate, intradermointroduzione di soluzione fisiologica) e in sommo grado dall'autoemoterapia, che pure si dimostrarono mezzi inadatti a provocare la riattivazione.

Se pure non possono, per le suddette ragioni essere le modificazioni, morfologiche e fisicochimiche che si hanno nel sangue durante lo choc colloidale l'elemento patogenetico della riattivazione biologica lo possono essere altre modificazioni a queste legate. È noto infatti che successivamente allo choc che si può considerare come un fatto vasomotorio momentaneo, conseguenza immediata dell'introduzione parenterale di proteine esistono altre successive modificazioni fisico-chimiche del sangue, non più accompagnate da apprezzabili mutamenti morfologici di questo.

Tali modificazioni si possono avere non solo in conseguenza dell' introduzione di sostanze colloidi, ma anche con sostanze cristalloidi (arsenobenzoli) e paiono dovute all' influenza che il medicamento, specifico o non, ha sui protoplasmi di cui può modificare il metabolismo e i processi biologici. In particolare sono state notate modificazioni sia nella quantità del calcio del siero, sia nella quantità e nel modo di precipitazione delle albumine e delle globuline.

E poichè è opinione di molti studiosi che appunto la modificazione dei costituenti normali del siero che determina la Wassermann sia legata o al calcio o alle globuline vien fatto di domandarci se appunto a tali modificazioni tardive fisico-chimiche del sangue possa essere legato il fenomeno messo in luce da Milian.

La risposta a tale domanda è ostacolata da una grande incognita: l'essenza vera della reazione di Wassermann.

Sul meccanismo di tale reazione ci sono ancora completamente oscuri troppi punti fondamentali. Ma dai risultati teorici di cui furono fecondi gli studi sull'argomento, e che ci possono guidare anche nel ricercare il fondamento del processo della riattivazione mi pare si possano trarre argomentazioni a favore di una risposta affermativa al quesito postoci.

Fino a quando infatti la Wassermann era considerata come reazione immunitaria, era logico pensare al risveglio della reazione sierologica dovuta agli anticorpi messi in circolo dall'uccisione di spirochete e sarebbe anzi a tale proposito brillante il parallelo con il fenomeno messo in evidenza nel tifo da Citron secondo il quale un ammalato che ha avuto infezione tifosa, ed ha già Widal negativa, riacquista la positività di questa reazione facendo una malattia intercorrente. A tale proposito Citron enunciava una legge generica che sarebbe applicabile all'esperienza di cui è oggetto questa nota: «i tessuti che hanno prodotto anticorpi, conservano l'energia potenziale di produrli di nuovo sotto uno stimolo aspecifico».

Ma caduto il concetto immunitario della Wassermann, fu messa in luce l'esistenza di stretti rapporti tra lo stato fisico-chimico dei sieri e le loro reazioni biologiche; rapporti che furono dimostrati così importanti da far sì che in dipendenza di essi siano stati posti i meccanismi genetici di molti fenomeni immunitari e delle reazioni sierologiche; allontanatasi tutti questi fenomeni dalla teoria immunitaria iniziata dalla concezione di Erlich ed orientato lo studio della loro interpretazione alla ricerca delle modificazioni fisico-chimiche esistenti nei sieri, è logico dedurre, sulla base di analogie, che allo studio di tali modificazioni ci si debba rivolgere per aver luce sull'essenza del fenomeno di riattivazione.

E paiono dar conferma a questa premessa teorica le prime ricerche microchimiche iniziate su tali direttive, dei cui risultati sarà oggetto una nota successiva.

BIBLIOGRAFIA.

1. MILIAN. *La réactivation biologique de la réaction de Wassermann.* — Soc. de Derm. et Syph. Séance du 6 juillet 1911: Bull. de la Soc., 1911, p. 315.
2. MILIAN. *La réactivation biologique de la réaction de Wassermann.* — Paris Médical, 1911, p. 256.
3. MILIAN et GIRAULD. *La réactivation biologique de la réaction de Wassermann.* — Société Médicale des Hôpitaux, 29-12-1911.
4. MILIAN. *Valeur séméiologique de la réaction de Wassermann.* — Atti VII.° Congresso Internazionale di Dermatologia e Sif., Roma, aprile 1912.
5. NICOLAS et CHARLET. *A propos de la réactivation de la réaction de Wassermann.* — Lyon Médical, 30 juillet 1912, p. 1472.
6. A. SAINZ DE AJA. *La prueba de provocacion en la sifilis.* — Actas dermo-sifiliografi-cas, ottobre-novembre 1913 p. 33.
7. PICARD. *Influence des infections intraveneuses des collargol sur la réaction de Wassermann.* — Comptes-rendus de la Société del Biol., 31 mars 1917, p. 327.
8. BERGERON et JOUFFRAI. *La réactivation de la réaction de Wassermann au moyen des iniections de suffre-mercure.* — La Presse médicale, 26 aprile 1917, p. 241.
9. CESTN RISER et BONHOURE. *Réactions de Wassermann e du Benjoin colloidal provoquées dans le liquid cephalo-rachidien.* — Annales de dermatologie e syphilografie 1923, n. 3, p. 145.
10. KING. *The quantitative effect of salvarsan on the Wassermann reaction of the blood.* — Journal of the American Medical Association, 2-12-1916, pag. 1669.
11. STRIKLER, MUNSON et SIDLIK. *A positive Wassermann test in non syfilitic patients after intravenovs therapy.* — Journal of the American Medical Association, 27 november 1920, p. 1448.
12. FELKE. *Untersuchungen uber den Einfluss von Salvarsan auf den Ablauf serologischer Reaktionen.* — Arch. Derm. und syphilis Orig. Bd. 134, 1921, p. 268.
13. KILDUFFE. *Comparison of Wassermann and Sachs-Georgi Reactions in serologic diagnosis of syphilis.* — Archives of Dermat. and Syph., 1921, n. 4, p. 415.
14. SPREMOLLA. *Sulla riattivazione biologica della reazione di Wasserman.* — Il Policlinico (Sez. Medica), 1° aprile 1924, n. 4, pag. 214.
15. KREFTING. *Considération sur la réaction de Wassermann et critique de sa réactivation par l'iniection provocatrice de Salversan.* — Paris Médical, n. 3, 26 juillet 1924, n. 81.
16. MILIAN. *La réactivation biologique de la réaction de Bordet-Wassermann.* — Paris Médical, n. 32, 9 août 1924, p. 134.
17. M. ARTOM. *Riattivazione della W. R. con preparati aspecifici.* — Soc. di Derm. e Sif., 6-6-1924, Minerva Medica, 1-X-24.
18. UDDGREN. *Milchinjecktionen und Wassermann-Reaktion.* — Berl. Klin. Wochenschrift, 1918, 18 aprile, pag. 776.
19. GURMANN. *Versuche mit Milchinjecktionen im Studium der latenten Siphilis.* — Dermatologische Woch. 73, 1921, n. 45, pagina 1172.
20. SCHERBER. *Die Blut-und Liquordiagnostick der Syphilis sowie die spezifische und unspezifische Therapie dieser Erkrankung.* Medizinische Klinik, 1923, n. 42-43.
21. AYRES. *The effect of intravenous infections of Radium on a persistant positive Wassermann-Reaction.* — Medic. Record., ottobre 1915, pag. 1117.

22. CONRADI e SKLAREK. *Ueber die Reaktivation des Wassermannschen Reaktion in Latenz-stadium des Lues.* — Vern. d. Deutscher Kongr. Inn. Mediz., 1921.
23. RADNAI. *Provokationsversuche im negativen Wassermann Stadium der Lues.* — Dermatologische Wochenschr., Bd. 78, 1924, n. 6, p. 168.
24. CAPPELLI e SIGNORELLI. — *Primi risultati di eterovaccinoterapia in alcune affezioni cutanee veneree e sifilitiche.* — Giornale Italiano Malatt. Ven. e della Pelle, 1920, fasc. II, pag. 181.
25. CAPPELLI. *Sul valore del coefficiente aspecifico nella cura della sifilide.* — Minerva Medica, 15 luglio 1923, n. 146, pag. 449.
26. ERSETTIG. *Comportamento delle iniezioni antitifiche e anticoleriche negli individui sifilitici.* — Giornale Italiano Malat. Veneree e della pelle, 1920, vol. II, pag. 187.
27. SCHREINER. Riferito da Cappelli (25). — Wien. Klin. Woch. 1920, n. 36.
28. KYRLE. *Die Bedeutung des unspezifischen Heilfaktors in der syphilistherapie.* — Derm. Zeitschrift Bd. XXXV, Heft 6, 1922.
29. WAGNER v. YAUREGG. *Malariaimpfungen bei Paralyse.* — Psych, Neurol. Wochenschrift, 1918, n. 40, pag. 84.
30. NEUDA. *Uber eine Beziehung der Grippe zur Lues.* — Vien. Klin. Woch., 1920, n. 36.
31. HEAD and SEABLOOM. *Arsphenamin in pneumonia with delayed resolution in Syphilitic soldiers.* — Journal Am. Med. Association, 1° nov. 1919, p. 1344.
32. ANGEL MARINI. *Typhoid and Siphilis.* — Revista de la Assoc. Medica Argentina, october 1922, vol. 35, n. 216, p. 596.
33. MESTCHERSKY. *De l'influence des infections tyihoidiques sur la réactions de Bordet-Wassermann.* — Annales de Derm. et Syph., 1922, n. 3, pag. 116.
34. HUTINEL e NADAL. *Les Réveils de la syphilis héréditaire sous l'influence des infections aigues banales ou spécifiques.* — Paris Médical, 6 dicembre 1919, pag. 412.
35. PONTANO. *Reazione di Wassermann e Sachs-Georgi nella scarlattina.* — Policlinico, Sez. Medica, anno XXXI, 1° aprile 1924, n. 4, p. 219.
36. MARTELLI. *Sulla reazione di Wassermann.* — Folia Medica, 1922, n. 1, pag. 1 e seguenti.
37. SILBERSTEIN. *Procation des Wassermann-Reaktion durch Salvarsan-injektionen.* — Arch. f. Derm. und Syph., 1924, N. C. XXXII, p. 1127.
38. REBAUDI e SIVORI. *Neue Ansichten über die Bewertung der Wassermannschen Reaktion in Hinsicht auf die Beschaffenheit des reaktiven organischen zustandes und das daraus folgende therapeutischen Verhalten.* — Dermatologische Wochenschrift, 15 juli 1922, n. 28, Bd. 75, p. 697.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

POLICLINICO UMBERTO I IN ROMA.
IX PADIGLIONE.
diretto dal prof. GIUSEPPE BASTIANELLI.

La splenectomia in un caso d'anemia emolitica anitterica

per il dott. ALFREDO CELIBERTI, assistente.

In un articolo comparso recentemente su *Journal de Chirurgie*, marzo 1924, M. M. P. Legène e M. Deniker parlando della splenectomia nelle malattie del sangue e degli organi ematopoietici, affermano che i migliori risultati si ottengono, con la suddetta operazione, in casi d'ittero emolitico.

Banti nel 1903 e Umber nel 1904 fecero eseguire le prime splenectomie per splenomegalie emolitiche, ma già parecchi anni prima che Banti facesse noti i suoi risultati (16 marzo 1911) R. Bastianelli aveva praticata la splenectomia con ottimo successo per consiglio di G. Bastianelli per ittero emolitico congenito. (Antonelli).

In seguito la splenectomia è stata adottata su più vasta scala come mezzo curativo nelle forme morbose che vanno sotto il nome di splenomegalie emolitiche e di itteri emolitici.

Legène e Deniker riportano al riguardo, nel lavoro su citato, i risultati di 108 splenectomie delle quali solo quattro hanno dato esito infausto a distanza più o meno breve, mentre, tutte le altre hanno portato ad una guarigione clinica, persistente, come nell'ammalato di Banti, anche dopo 11 anni.

Quasi tutti gli AA. che si sono occupati dell'argomento convengono tuttavia nel fare delle riserve circa l'efficacia assoluta del nuovo metodo curativo e ammettono che soltanto l'esperienza ulteriore potrà dimostrare in quali casi della famiglia spleno-emolitica sia sperabile di ottenere con la splenectomia una guarigione persistente.

***

Per la designazione della sindrome presentata dal nostro infermo mi sono attenuto a quanto Banti ha scritto nel suo lavoro del 1913. Da questo risulta che «la milza, il fegato, le ghiandole linfatiche e il midollo osseo sono gli strumenti dell'emolisi che in condizioni patologiche entrano in azione soltanto quando vengano eccitati da agenti i quali possono anche risiedere in organi molto lontani: la milza è lo strumento più sensibile ed attivo».

Inoltre afferma che questi dati sperimentali si possono applicare alla patologia umana e

dai vecchi gruppi morbosi dalle splenomegalie criptogenetiche, degli itteri emolitici cronici e delle anemie perniciose progressive tenta di isolare una serie di stati morbosi che raccoglie nella famiglia spleno-emolitica. Questa presenta i seguenti caratteri fondamentali:

1) l'esistenza d'un agente emolitico a noi ignoto nella sua natura e nella sua localizzazione nell'organismo il quale provoca nella milza un attivo processo d'iperemolisi;

2) la manifestazione di sintomi ematici ed epatici che consistono principalmente nell'anemia e nell'ittero;

3) il decorso cronico;

4) l'arresto o l'attenuazione dell'iperemolisi e delle sue conseguenze dopo la splenectomia.

Non essendo possibile la sistematizzazione della famiglia spleno-emolitica sulla base etiologica Banti la tenta su quella clinico-anatomica, tenendo cioè conto dei caratteri clinici ed anatomici fondamentali, comuni, e che si riferiscono all'anemia, all'itterizia, allo stato della milza.

Riassume quindi le differenti combinazioni sintomatiche in un quadro che credo superfluo riportare.

Il caso clinico che riferisco riguarda

S. L. Entrato il 29 agosto 1923, uomo di 45 a., fabbro, ammogliato con donna apparentemente sana. Ha due figli che godono buona salute. La moglie ebbe un aborto. Nulla d'importante nel gentilizio.

Nega lues e mali venerei. Modico fumatore e bevitore.

Nel 1900 febbri malariche durate, attraverso a ricadute, quasi un anno.

Dal 1913 debolezza generale che è andata sempre aumentando.

Dal mese di giugno 1922 accentuazione della diminuzione delle forze, lieve cefalea, pallore della cute, disappetenza e senso di peso allo stomaco sicchè ha fatto spesso uso di purganti. Mai emorragie.

E. O. — 29 agosto 1923.

Stato di nutrizione discreto; colorito intensamente pallido della cute e delle mucose. Lievissimi edemi pretibiali.

Apparato linfoghiandolare. — Presenza delle comuni ghiandole inguinali senza caratteri speciali.

Apparato respiratorio. — Nulla di notevole.

Apparato circolatorio. — Cuore nei limiti. All'ascoltazione lievissimo soffio sistolico alla punta. P. 78 al m' - ritmico, a pressione piuttosto bassa.

Addome trattabile - indolente.

Fegato. — Margine sup. V costa. Il margine inf. deborda due dita trasverse dall'arcata. Ha consistenza aumentata.

Milza. — Si palpa a tre dita dall'arcata - dura. In alto si delimita al 7° spazio sull'ascellare media.

Es. urine: P. Sp. 1015. Reaz. ac. Alb. ass. Zucchero ass. Pigmenti biliari ass. Urobilina pres.

L'es. del sangue eseguito il 30 agosto 1923 dava: Gl. rossi 2.016.000. Gl. bianchi 3.900. Hb 33. V. gl. 0.82. — Anisocitosi, poichilocitosi, non segni di reazione midollare.

Ripetuto il 1° settembre 1923 si otteneva: Globuli r. 1.904.000. Hb 32. V. gl. 0,84.

Resistenza globulare:

a) Su sangue totale — Emolisi completa fino a 0.28 % di Cl NaCl

Emolisi parziale da 0.32 % di Na Cl a 0.60 % NaCl

Non emolisi da 0.64 % NaCl a 0.90 % NaCl

b) Sulle emazie deplasmatizzate:

Emolisi completa fino a 0.28 % NaCl

Emolisi parziale da 0.32 % a 0.76 % NaCl

Non emolisi da 0.80 % Cl a 0.90 % NaCl

Wassermann + — —

Per motivi personali l'ammalato fu costretto ad uscire dal Pad. il 1° settembre 1923. Vi rientrò il 5 novembre 1923.

Durante la permanenza a casa gli furono praticate 10 iniezioni endovenose di Neosalvarsan, 6 da 15 ctgr. e 4 da 30-45-60-75 ctgr.

Nonostante questa cura la debolezza generale è aumentata, ha avuto sempre bocca amara e sensazione di masticare della terra anzichè dei cibi, digestioni lente. Mai giramenti di capo; a volte rumori nelle orecchie. La sera spesso poche linee di T. - 37.2-37.5.

Alvo sempre normale, non disturbi della minzione.

E. O. — 6 novembre 1923.

Si conferma il reperto precedente però la milza è ridotta di volume giacchè deborda appena d'un dito dall'arcata. Inoltre si nota una piccola falda di liquido libero nel cavo peritoneale.

Dal 5 al 26 novembre 1923 le condizioni generali del paziente peggiorarono in modo evidente. La debolezza e il pallore della cute si accentuarono, comparve ad intervalli modica dispnea.

La temperatura si mantenne normale tranne rialzi febbrili serotini saltuari che non oltrepassarono i 37°.8 T. Il polso sempre ritmico, ebbe oscillazioni che portarono la frequenza da un minimo di 80 p. al m' a un massimo di 100.

In detto periodo furono eseguite le seguenti ricerche:

7 novembre — Gl. rossi 1.568.000 - Gl. bianchi 3.800 Hb (Gowers.) 19 - V. gl 0.63 - Es. microscop.: Anisocitosi - poichilocitosi - non emazie nucleate

14 novembre 1923. — Reaz. di H.v. den Berg sul siero di sangue. Diretta negativa. Indiretta positiva

16 novembre 1923. — Gl. rossi 1.872.000 - Globuli bianchi 3500 Hb (Gowers) 20 V. gl. 0.55

Es. microsc.: Anisocitosi - poichilocitosi: non emazie nucleate.

Emazie granulo filamentose 2-3 per campo microscopico (colorazione vitale con brillant cresylblau).

Formula leucocitaria - Polinucleati: neutrofili 66 - basofili 2 - Mononucleati grandi 18 - Linfociti grandi 11 - piccoli 3.

17 novembre 1923 - ore 12 — Trasfusione di sangue citratato al 0.33 % da soggetto isoagglutinante. Introduzione di circa 300 c. c. di sangue.

19 novembre 1923. — Ricerca dei pigmenti biliari nelle urine neg. Pure neg. nelle urine la reaz. di Meyer.

La trasfusione eseguita prima della splenectomia, per migliorare le condizioni del soggetto e dopo, per rialzarne le forze gravemente compromesse, fu praticata con una tecnica complessa nelle apparenze ma semplice per chi ne conosca lo strumentario e il modo di usarlo.

La scelta del donatore tra i parenti dell'ammalato offertisi spontaneamente fu fatta con la ricerca del fenomeno dell'interagglutinazione sia con metodo macroscopico (tecnica di Esstein-Ottemberg), sia con metodo microscopico (tecnica in gran parte descritta da Lee).

Il sangue del donatore fu inoltre esaminato dal punto di vista della possibilità di infezioni trasmissibili al ricevente come malaria e sifilide.

Per ciò che riguarda la soluzione di citrato da adoperare e la quantità di questo, è noto che per rendere incoagulabile il sangue del donatore si può ricorrere a concentrazioni di citrato nel sangue del 0.3 % (Hedon), del 0.9, 0.7, 0.6 % (Roberston, che si preoccupa di adoperare soluzioni isotoniche) o del 0.2 % (Sebastiani).

Quello che importa è di usare una concentrazione finale sicuramente anticoagulante che varia tra 0.3 e 0.4 % restringendo al minimo possibile la quantità di citrato da introdurre.

Al IX Padiglione sono state adottate fiale di vetro neutro contenenti ciascuna 5 c.c. di soluz. di citrato cristallizzato al 40 %, sterilizzate per uso endovenoso.

Per la trasfusione dei 300 c.c. di sangue furono prelevati dalla fiale di citrato 3 c.c. — portati a 100 c.c. con NaCl 0.9 % nella bottiglia nella quale più tardi si fece arrivare il sangue del donatore.

Concentrazione finale del 0.3 % con introduzione di gr. 1.20 di citrato.

Con anestesia locale fu preparata una vena nel donatore e nel ricevente alla piega del gomito.

Dal donatore, messo un laccio emostatico al disopra della vena scoperta, con un ago cannula congiuto, mediante un tubo di gomma ripieno di soluzione di citrato, alla bottiglia deposito già pronta, fu prelevata la quantità di sangue prestabilita.

La bottiglia, graduata con tacche sul vetro a 50, 100, 150 - - - fino a 500 c.c. era una di quelle adottate nei padiglioni per ipodermoclisi e fleboclisi, sicchè la seconda parte dell'operazione, cioè l'immissione del sangue nella vena del ricevente, si ridusse ad una comune fleboclisi.

Il 26 novembre 19 3 fu eseguita dal professore Margarucci la splenectomia. Aperto l'addome furono notati fatti di perisplenite con aderenze multiple della milza che ne resero indaginosa l'asportazione, di periepatite, e presenza di abbondante liquido libero, chiaro, nel cavo peritoneale.

La grandezza degli organi ipocondriaci era quella notata nell'esame obbiettivo.

***

Durante l'atto operativo furono prelevati da una delle vene del braccio alcuni c.c. di sangue allo scopo di stabilire la differenza nell'intensità di reazione per i pigmenti biliari tra sangue periferico e quello della vena splenica. Si fece in modo di ottenere i due campioni nello stesso tempo e sul siero di entrambi fu eseguita la reazione di v. den Berg.

La reazione diretta fu negativa per tutti e due i sieri, mentre l'indiretta si mostrò più intensa per quello della vena splenica.

V. d. Berg. operando nello stesso modo in due casi d'anemia emolitica otteneva risultati uguali non solo per intensità di reazione, ma anche per determinazione quantitativa.

Esame macroscopico e microscopico della milza - Prof. Giuseppe Bastianelli.

Milza non molto voluminosa come risulta dai seguenti dati:

Diametro longitudinale ctm 18. Diametro trasverso ctm. 10. Spessore ctm. 5.

L'aumento di volume è uniforme; sulla superficie si notano zone di aderenze; i margini sono arrotondati.

La consistenza è aumentata ma non fibrosa; la superficie di taglio è di colore rosso, i follicoli bene netti; i vasi si presentano normali.

L'es. del succo splenico a fresco non rivela nulla di speciale tranne una discreta quantità di cellule globulifere e blocchi di pigmento ematico.

Es. dei preparati (alcool — Zencher).

Setti non riconoscibilmente aumentati.

Follicoli non ridotti e non presentano tracce di degenerazione fibrosa. Nel centro dei follicoli accumulo molto cospicuo di cellule a grosso nucleo vescicolare, alcune in cariocinesi. Cellule di questo tipo si trovano in numero notevole anche alla periferia di alcuni follicoli lungo i cordoni della polpa e in queste parti esiste un'intensa eosinofilia.

Lacune piene di sangue.

Cellule globulifere (come nell'es. a fresco).

Pigmento (come nell'es. a fresco).

Nei giorni successivi alla grave operazione le condizioni del paziente fecero a volte temere

la sua fine. Solo la comparsa di numerosi normoblasti all'esame microscopico del sangue stava ad indicare che il midollo reagiva.

Riporto il diario e le ricerche eseguite sino alla sua uscita dall' Osp.

27 novembre 1923 — Condizioni piuttosto gravi - polso frequente - abbastanza valido.

Ore 17 — Trasfusione di sangue citratato - 500 c.c. per le peggiorate condizioni del paziente - Subito dopo l'ammalato si sente meglio, è leggermente colorito, ha intelligenza più lucida.

Es. m. del sangue. Reperto identico a quelli ottenuti prima dell'intervento.

28 novembre 1923 — Persiste un lieve miglioramento delle condizioni generali e del sensorio.

Gl. rossi 1.380.000 - Gl. b. 3500 Hb 35 - V. gl. 1.35.

Es. morfologico — Anisocitosi, poichilocitosi, policromatofilia, pochi normoblasti.

29 noevmbre 1923 — Lieve tinta itterica delle congiuntive.

30 novembre — Delirio - Reazione di v. den Berg sul siero di sangue pos. sia la prova diretta che l'indiretta.

1 dicembre 1923 — Persiste delirio.

Gl. rossi 1.600.000 - Gl. bianchi 3700 - Hb 26 - V. gl. 0.81.

Es. morfologico — Anisocitosi, poichilocitosi, policromatofilia - Normoblasti.

3 dicembre 1923 — Guarigione della ferita come normalmente - Condizioni generali sempre gravi.

Gl. rossi 1.756.000 - Gl. bianchi 4.800 - Hb. 30 - V. globulare 0.88.

Es. morfologico del sangue — Come il precedente.

7 dicembre — Lieve suppurazione degli strati superficiali - Si tolgono tre punti della sutura.

Dal 7 al 19 dicembre 1923 mentre la ferita si andò rapidamente riparando le condizioni generali dell' infermo persistettero piuttosto gravi.

Il P. ritmico, a frequenza aumentata 80-120 al m', a pressione diminuita. Pochi decimi di T. la sera, a volte 38°-39°.

Il 19 dicembre 1923 per sua volontà e per insistenza dei parenti abbandonò l' Osp. per ritornare al suo paese che dista da Roma oltre due ore di ferrovia.

Il 18 aprile 1924, a quattro mesi e ventidue giorni dall'atto operativo rivediamo l'infermo che si presenta nelle seguenti condizioni.

Afferma di sentirsi bene, sibbene avverta formicolio e senso di peso agli arti inferiori. Nelle lunghe passeggiate si stanca facilmente. Sono scomparse le alterazioni del gusto, e mangia volentieri.

L'appetito sessuale che da molti mesi prima dell'operazione era spento, è ritornato; non ha cercato tuttavia di soddisfarlo.

Es. O. — 18 aprile 1924.

Colorito roseo della cute e delle mucose visibili - Lingua rosea - umida - Lievissimi edemi degli arti inferiori al disotto dei legacci che stringono le gambe a metà altezza.

Apparato linfo-ghiandolare. — Latero-cervicali assenti - Ascellari presenti a sin. - Pettorali ed epitrocleari assenti - Inguinali bilaterali - La grandezza delle ghiandole linfatiche varia da un pisello ad una piccola avellana; sono indolenti, consistenza normale.

Apparato respiratorio. — Suono polmonare alla percussione normale - Le basi si espandono bene - Murmure vescicolare normale.

Apparato circolatorio. — Itto della punta non visibile nè palpabile. Con la percussione la punta si localizza nel IV° spazio interc. sin., un dito all'interno dell'emiclaveare - Non debordamento del cuore a D. dello sterno - All'ascoltazione: sulla punta I tono leggermente oscuro; II tono normale - Su gli altri focolai toni normali.

Addome. — Cicatrice a Y con due branche lungo l'arcata costale di sin. e la terza perpendicolare al loro punto di congiunzione.

Addome tumido - indolente - Non segni di liquido nella cavità peritoneale.

Fegato — Margine sup. al IV° spazio.

Il margine inf. si palpa sotto l'arcata nelle profonde inspirazioni.

L'aia splenica dà suono timpanico.

Pupille di uguale ampiezza reagenti alla luce e all'accomodazione.

Non si riesce a provocare i riflessi rotulei e Achillei.

Non disturbi della sensibilità tattile termica e dolorifica.

Andatura senza caratteri speciali.

I vari esami del sangue praticati parte il 18 e parte il 28 aprile 1923 hanno dato i seguenti risultati:

Gl. rossi 4.192.000 - Gl. bianchi 11.900 - Hb. (Gowers Sahli) 75 - V. gl. 0.91.

Es. sangue colorato - May - Grumwald - Giemsa.

Non anisocitosi - nè poichilocitosi - 1 policromatofilo - Pochi normoblasti - (2 in diversi preparati).

Colorazione vitale del sangue con brillant. cresylblau. - Presenza di scarsi eritrociti con reazione granulo-filamentosa e sostanza metacromatica.

Formula leucocitaria:

I. vetrino — Leucociti - Neutrofili 42 - Basofili 2 - Grandi mononucleati 3 - Linfociti grandi 30 - piccoli 9 - Forme di passaggio 2 - Promielociti 1 - Mielociti neutrofili 1.

II. vetrino — Leucociti: Neutrofili 51 - basofili 2 - Grandi mononucleati 17 - Linfociti grandi 11 - piccoli 16 - Forme di passaggio 3.

Resistenza globulare su sangue totale:

Emolisi completa	a 0.20 %	di NaCl		
Emolisi parziale	da 0.24 %	»	»
	a 0.64 %	»	»
Non emolisi	da 0.68 %	»	»
	a 0.90 %	»	»

La resistenza globulare non è stata eseguita anche sulle emazie deplasmatizzate perchè il soggetto s'è opposto ad un ulteriore prelevamento di sangue.

Reazione di v. den Berg su siero di sangue.
Diretta negativa.
Indiretta positiva.

Nella T. I. sono riassunti i vari esami del sangue eseguiti sia prima che dopo la splenectomia e nella T. II. ho cercato di riprodurre graficamente la curva degli eritrociti, dei leucociti e del valore globulare.

TAVOLA I.

DATA	Gl. rossi	Gl. bianchi	H B	V. gl	Es. microscopico	OSSERVAZIONI
30 - VIII - 23	2.016.000	3.900	33 (Gowers)	0.82	Anisocitosi - Poichilocitosi; non segni di reazione midollare.	
1 - IX - 23	1.904.000		32	0.84		
7 - XI 23	1.568.000	3.800	19	0.63	Anisocitosi, poichilocitosi. Non emazie nucleate.	
16 - XI - 23	1.872 000	3.500	20	0.55	Anisocitosi - poichilocitosi. Emazie granulo-filamentose - 2-3 per campo.	
17 - XI 23						TRASFUSIONE di sangue citratato: 300 c. c.
26 - XI - 23	OPERAZIONE; SPLENECTOMIA					
27 - XI - 23						TRASFUSIONE di sangue citratato: 500 c. c.
28 - XI - 23	1.380.000	3.500	35	1.35		
1 - XII - 23	1.600.000	3.700	26	0.81	Anisocitosi - Poichilocitosi - Policromatofilii - Normoblasti.	
3 - 12 - 23	1.756.000	4.800	30	0.88	idem.	
18 - IV - 24	4.192.000	11.900	75	0.91	Non anisocitosi - nè Poichilocitosi - Pochissimi normoblasti - scarse emazie granulo-filamentose.	

***

I risultati ottenuti con la splenectomia e con le trasfusioni sanguigne di 300 e 500 cc. eseguite rispettivamente prima e dopo l'operazione dureranno a lungo?

Nel nostro ammalato la guarigione clinica quasi completa e l'aumento del tasso delle emazie e dell'emoglobina non stanno a significare la scomparsa del processo morboso giacchè la resistenza globulare anche sul sangue intero è rimasta invariata.

Questa osservazione già fatta da coloro che si sono occupati dell'argomento non deve distogliere dal consigliare la splenectomia specie nelle forme d'anemia emolitica nelle quali

predomina l'accentuata diminuzione dei globuli rossi da poter simulare, in relazione alle crisi di deglobulizzazione, l'anemia perniciosa.

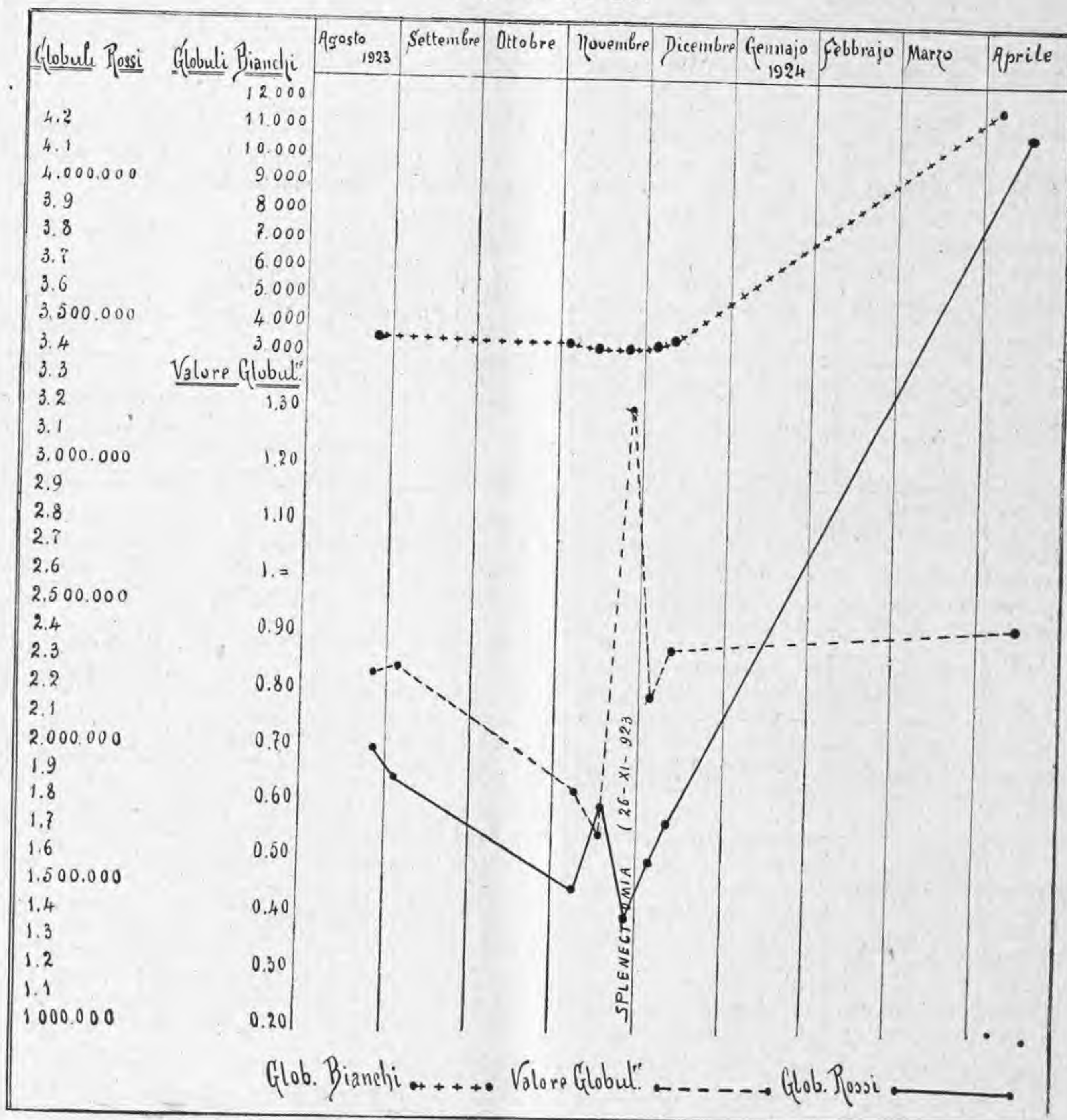
Inoltre sono da tenere presenti i risultati di tale operazione riferiti dai diversi autori.

Ricorderò solo che l'ammalato di Banti è stato seguito per 11 anni, e che altri non sono stati perduti di vista per 2-4-6 anni.

3.) L'operazione sebbene abbia dato risultati immediati allarmanti è stata superata con i comuni mezzi terapeutici (ipodermoclisi, iniezioni eccitanti, ecc.) e mediante altra trasfusione di 500 c.c. di sangue citratato praticata nel momento più critico postoperatorio.

4.) A 4 mesi e 22 giorni dall'intervento: guarigione clinica quasi completa, aumento del tasso delle emazie e dell'emoglobina, non miglioramento della resistenza globulare, persistenza di scarse emazie con sostanza granulo-filamentosa.

TAVOLA II.

Glob. Bianchi ..... Valore Globul. ------ Glob. Rossi ——

CONCLUSIONI:

1.) Stabilita in base ai dati clinici ed ematologici la diagnosi d'anemia emolitica fu esperimentata dal paziente con una serie di iniezioni di neosalvarsan M. L. non solo con risultato negativo ma con accentuazione dell'anemia.

2.) Al termine della serie di iniezioni endovenose ripresentatosi a noi l'infermo fu decisa la splenectomia previa trasfusione di 300 c.c. di sangue citratato.

* * *

Ha rivisto l'infermo il 20 settembre u. s. a circa nove mesi di distanza dalla splenectomia.

Il benessere generale s'è accentuato; cammina speditamente senza più servirsi del ba-

stone. Si lamenta solo di disturbi gastrici consistenti in senso di peso e di lieve bruciore dopo i pasti che si attenuano con piccole dosi di magnesia.

Colorito roseo, nutrizione buona; sono scomparsi gli edemi al 3° inf. delle gambe notati il 18 aprile 1924.

Negativi gli esami degli apparati respiratorio e circolatorio. Nulla a carico dell'addome.

Il fegato si delimita in alto al 5° spazio mentre il margine inf. raggiunge appena l'arcata costale.

I riflessi rotulei e achillei sono ancora assenti.

Nelle urine: Albumina - Zucchero - Pigmenti biliari e Urobilina: assenti.

Ricerca delle emazie con sostanza granulofilamentosa negativa.

Resistenza globulare (emazie deplasmatizzate):

Emalisi parziale iniziata a 0.32 % di NaCl.
Emolisi parziale ancora a 0.64 % di NaCl.
Non emolisi a 0.68 % di NaCl.

Es. microscopico del sangue (May-Grumweld Giemsa). Globuli rossi: normali; non si nota anisocitosi, poichilocitosi nè policromatofilia. I globuli bianchi sembrano aumentati di numero con prevalenza dei mononucleati grandi e dei linfociti.

Formula leucocitaria.

Leucociti: neutrofili 56 - basofili 1 - eosinofili 1.

Grandi mononucleati 9.

Linfociti: grandi 12 - piccoli 20.

Forme di passaggio 1.

Non furono eseguite altre ricerche.

Roma, settembre 1924.

BIBLIOGRAFIA.

1.) ANTONELLI. *Intorno agli itteri emolitici.* — Pol., Sez. M., marzo-aprile-maggio 1913.
2.) BANTTI. *La Splenomegalia emolitica Sperimentale.* — Marzo-giugno 1912.
3.) BANTI. *La splenomegalia emolitica anemopoietica Sperimentale* — Luglio-agosto 1913.
4.) H. v. den BERG. *La récherche de la bilirubine dans le plasma sanguigne par la méthode de la réaction diazoique.* — Presse Méd., 45, 1921.
5.) BIFFIS. *Splenomegalia emolitica famigliale.* — Pol., Sez. Med., novembre 1919.
6.) BRULÉ. *Récherches sur les ictères.* — Masson, Paris, 1922.
7.) BOZZOLO e MICHELI. *Le splenomegalie primitive.* — U. T. E. Torinese, 1910.
8.) CECONI. *Splenomegalia emolitica.* — Policlinico, Sez. Medica, aprile 1919.
9.) JOLLY. *Traité tecnique d'Hèmatologie.* — Tome II, Maloine, Paris, 1923.
10.) LEGÈNE et DENIKER. *Remarques sur certaines indications et sur la technique de la spénectomie.* — Journal de Chirurgie, mars 1924.
11.) LOSIO. *A proposito d'un caso singolare di ittero emolitico splenomegalico operato di splenectomia.* — Pol. Sez. Medica, novembre 1919.
12.) SEBASTIANI. *La trasfusione del sangue nei suoi metodi più recenti.* — Pol., Sez. Chirurgica, 1919.

NOTE DI TECNICA.

SANATORIO POPOLARE MILANESE UMBERTO I.
PRASOMASO (SONDRIO).
Direttore: dott. cav. uff. M. BERTOLINI.

Sulla tecnica del pneumotorace artificiale

Dott. ALESSANDRO BORGHERINI-SCARABELLINI
vice-direttore.

Intendo occuparmi della spremitura del tubo di gomma nell'eventuale otturazione dell'ago di puntura, e dell'uso della « Spia » per riconoscere se l'ago sia penetrato in un vaso sanguigno.

Nella pratica del pneumotorace artificiale alla Forlanini, succede spesso che l'ago si otturi per quanto pulito, sottile, appuntito e tagliente in modo che nell'attraversare i tessuti molli della parete toracica non abbia a strapparne od a trascinarne dei frustoli.

Per ovviare all'inconveniente furono apportate modificazioni diverse all'ago: fu consigliato un ago con finestre all'estremità puntale (Saugmann-Bönniger); un ago munito di mandrino con innesto laterale del tubo di gomma simile agli aghi di Potain (Saugmann — Küs — Courmont); qualcuno ha usato ed usa un ago comune da pneuma che si introduce nel torace staccato dal tubo di gomma, e nel quale dopo infisso, vien fatto passare un mandrino metallico od una minugia, dando a questi un movimento di va e vieni per assicurarsi della completa pervietà (Cocci — Balsamo: manovra del mandrino). (1)

Questi metodi furono nel nostro Istituto provati e riprovati, ma abbiamo dovuto persuaderci che il metodo del Forlanini è ancora sotto tutti i riguardi il più pratico: il Forlanini si serve dell'ago che porta il suo nome ed è il comune ago da pneuma, a grossa impugnatura, e non si serve della manovra del mandrino, ma eseguisce *la spremitura del tubo.*

A tale metodo ricorriamo anche noi costantemente, quando introdotto l'ago nel torace vediamo mancanti le oscillazioni manometriche: questa pratica ci ha sempre servito senza darci alcun inconveniente che ci obbligasse a metterla da parte. Noi preferiamo anzi, quando la ripetuta spremitura del tubo non basti a disostruire l'ago, di estrarre l'ago e ripetere la puntura toracica piuttosto che ricorrere alla manovra del mandrino che può riservare sorprese anche più gravi che non siano le ripetute punture. Nostra cura massima è che la spremitura si faccia con calma, con prudenza, senza dare strappi od impri-

(1) Policlinico, 1923, Sezione Pratica, n. 13, pag. 398.

mere bruschi movimenti all'ago, che deve sempre restare in sito e non essere mai spostato od inavvertitamente approfondito o ritirato.

La pratica della spremitura è la seguente: senza spostare minimamente l'ago ed il commutatore dell'apparecchio nella posizione dallago al manometro, si schiaccia con due dita il tubo di efflusso 8-10 cm. sopra l'innesto dell'ago e con le dita dell'altra mano si preme il tubo nel tratto più vicino all'ago in modo che il gas ivi contenuto venga spinto entro l'ago stesso: la piccola quantità di gas che così penetra, vale a disostruire la punta nel caso che essa fosse in pleura ed ostruita: e ci accorgiamo che ciò è avvenuto perchè il tratto di tubo compresso ritorna su se stesso, mentre se la punta si trovasse in mezzo ai tessuti, il tratto di tubo anzidetto rimane a lungo in posizione schiacciata perchè il gas uscito non rientra liberamente come nel primo caso.

Così operando si potrà facilmente disostruire l'ago sì da permettere la funzione del manometro: e noi ricorriamo volentieri alla spremitura del tubo perchè, ripeto, se non ci ha mai, dico mai, riservato sorprese addebitabili ad essa manovra, nella grande maggioranza dei casi ci ha permesso e con facilità di rendere beante il lume dell'ago ed ottenere allora le regolari e caratteristiche oscillazioni manometriche che permettessero di dare il *via al gas* sicuri e tranquilli.

Nel 50 % (Forlanini), nel 60 e fors'anche nell'80% (Billon) dei casi di pneumotorace, si nota presto o tardi versamento liquido nella sacca gazzosa: e dei versamenti il 20-25% subisce la trasformazione purulenta: fra le varie cause di questa complicazione va segnalato l'inquinamento della cavità pleurica a mezzo di frustoli di tessuto o stampi di pelle introdotti dall'ago con i germi patogeni in essi annidati: la spremitura del tubo di gomma, anche se forzata, evita quasi costantemente il passaggio in cavità del frustolo otturante poichè questo di solito sotto la pressione del gas non fuoriesce dalla punta, ma si colloca lateralmente lasciando libero il passaggio al gas: del qual fatto si può persuadersi dopo ritirato l'ago, poichè introducendo lo specillo dalla parte dell'impugnatura, si può con esso fare uscire il frustolo che ancora si trovava nell'interno. Colla manovra del mandrino il frustolo vien fatto costantemente cadere nel cavo pleurico.

Si aggiunga che se a mezzo del mandrino col metodo Cocci-Balsamo si disostruisce l'ago si ha l'indizio che l'ago trovasi nel cavo pleurico da un tenuissimo sibilo che l'aria aspirata dall'esterno nel cavo pleurico produce: il che porta la penetrazione di un'aria non sterile e che perciò non può essere tranquillamente accettata: mentre è regola che il gas introdotto venga reso sterile con lenta filtrazione ed anche portato ad una temperatura che si avvicini a quella del nuovo ambiente che va ad occupare, come è col metodo Forlanini.

Si aggiunga che la manovra del mandrino espone facilmente la pleura a tocchi e punzecchiature che agiscono come piccoli traumi e questi non possono essere indifferenti per una sierosa ammalata o per lo meno posta in vicinanza di focolai morbosi.

1

2

Non si possono evitare le scosse ed i movimenti all'ago nell'aprire e chiudere il rubinetto del Saugmann o coll'innestare l'ago al tubo di gomma dell'apparecchio secondo la manovra del Cocci-Balsamo, cosicchè anche con questi metodi la pleura non può essere garantita da piccoli traumi.

Infine va rilevato che non l'uno dei metodi del mandrino (Saugmann) le oscillazioni manometriche vengono ridotte d'ampiezza e rese più difficilmente apprezzabili, e con l'altro metodo (Cocci-Balsamo) viene a togliersi di mezzo al manometro, sicchè l'operatore viene a privarsi dello strumento proprio nel tempo che nè abbisogna per sapere quando l'ago sia penetrato nel cavo pleurico e si possa aprire il serbatoio del gas.

***

Da alcuni autori, specialmente stranieri, la spremitura del tubo di gomma è ritenuta dan-

nosa per gravi inconvenienti avuti con tale manovra e da essi attribuiti direttamente alla manovra stessa Jaquerod nè ha un sacro terrore ed il Burnand ha creduto di doverla abbandonare e dichiara che da quel momento non ha avuto un solo caso di morte od accidenti gravi dovuti a riflesso pleurico o ad embolia gazzosa.

Questo giudizio tanto sfavorevole parte da due accidenti che derivano, secondo loro dalla spremitura: che l'ago colla spremitura può urtare contro la pleura e portarvi un'irritazione, ovvero, se l'ago è entrato in un vaso, la spremitura può determinare delle embolie gazzose.

Al primo inconveniente si può ovviare colla buona tecnica raccomandata dal Forlanini, secondo la quale è necessario evitare durante la pratica della spremitura qualunque contatto colla pleura dell'ago immerso in cavità. A prevenire il secondo inconveniente, cioè la produzione di embolia gazzosa a mezzo del gas contenuto nel piccolo tratto del tubo su cui si pratica la spremitura, già il Forlanini usava la «siringa od ago di sicurezza» che dava modo all'operatore di riconoscere in ogni momento l'ambiente in cui si trovava la punta dell'ago e se essa era penetrata nel lume di un vaso, poichè aspirando con la siringa applicata all'ago, si rivelava la presenza di sangue.

Küss col suo «perforatore» ha sostituito la siringa di sicurezza aggiungendo un raccordo laterale in vetro, da servire come «indicatore» sul quale si innesta il tubo di gomma del manometro, e stabilisce in quest'ultimo una pressione negativa di 10-15 cm. in modo da essere immediatamente avvertiti se l'ago aspira sangue od aria, col vantaggio sulla siringa di sicurezza di non richiedere alcun movimento da parte dell'operatore, per l'aspirazione.

Di Pietro (1) propone un ago munito alla base di due imboccature, attraverso una delle quali è possibile lo scorrere di un'anima, mentre l'altra è in rapporto col manometro dell'apparecchio. Alla prima si adatta un tubicino di vetro terminante in un tubo munito di pipetta. Con questo mezzo, chiuso con una pinza la comunicazione con l'apparecchio, si conosce per la comparsa del sangue nel tubo di vetro se l'ago è caduto in un vaso sanguigno.

Nella pratica comune usando l'apparecchio Forlanini, si trova interposto nel tubo di gomma, presso la sua estremità a circa 10 cm. dall'innesto dell'ago, un tubetto di vetro che *serve da spia*, rivelando la presenza di sangue se l'ago sia penetrato in un vaso sanguigno. Ma è cosa essenziale che la presenza del sangue venga senza ritardo avvertita anche se in minima quantità: attendere che si riempia di sangue l'estremità del tubo di gomma fino alla «Spia» esige un tempo d'aspetto che può essere abbastanza lungo e ciò, malgrado si aiuti la discesa del sangue con manovre di aspirazioni praticate sul tubo di gomma. Senza dire che il sangue per raggiungere la spia di vetro, deve essere in quantità piuttosto rilevante. Onde è che ho creduto di congegnare la spia in modo che essa corrisponda all'estremità stessa del tubo di gomma e conformata in modo, da servire essa stessa da raccordo per l'inserzione dell'ago: ottenendo così un raccordo-spia in vetro, conformato come un comune raccordo metallico che vale a mostrare la presenza di sangue appena questo ha superato nella minima quantità bastante il breve tragitto capillare dell'ago.

Coll'uso di questo raccordo spia non occorre più un ago a grossa impugnatura ma a boccuccia comune, e va innestato nello stesso raccordo spia che serve così da impugnatura. La spia viene quindi a trovarsi nella mano stessa dell'operatore con tutti i vantaggi inerenti a queste sue qualità.

A conclusione dunque la spremitura del tubo di gomma per la disostruzione dell'ago, come consigliata dal Forlanini, eseguita coi dovuti riguardi, è manovra che deve restare nella pratica di pneumotorace, e non porta le tristi conseguenze deplorate da altri autori quando si applichi con tutte le attenzioni sopra accennate.

Non ho trovato che altri prima d'ora abbia proposto il raccordo in vetro ad uso di spia che trovo molto raccomandabile per le qualità anzidette e che viene a dare una garanzia maggiore nella tecnica del pneumotorace, mettendo in guardia l'operatore nel caso che l'ago sia penetrato nel lume di un vaso.

BIBLIOGRAFIA.

BARBIER. *Tubercolosi polmonare*, 1912.
BRECCIA. *Il pneumotorace artificiale nella tubercolosi polmonare*, 1920.
DUMAREST e CIMURARD. *La pratique du pneumothorax thérapeutique*, 1919.
G. KUS. *Pneumothorax artificiel (maladies respiratoires)*: GILBERT et C[illegible]OT, 1911.
Policlinico, Sezione pratica, n. 13, 18, 23, 1923.
Rivista delle pubblicazioni sul pneumotorace terapeutico, n. 4, 5, 16

(1) Policlinico, 1923, Sezione Pratica, fascicolo 23, pag. 731.

SUNTI E RASSEGNE.

ONCOLOGIA.

L'eredità del cancro.

(H. VIGNES. *La Presse Médicale*, n. 77, 1924).

Non occorre ricordare quanto scarse siano le nostre cognizioni intorno alle cause del cancro; sembra però che fra le predisposizioni l'eredità abbia una certa importanza, abbenchè alcuni AA. neghino ad essa ogni valore.

Lo studio dell'eredità cancerosa deve limitarsi alla trasmissione della tara da un ascendente affetto ad un discendente (per mezzo dello spermatozoo o dell'uovo.

L'osservazione clinica intanto ci dice che esistono famiglie le quali sono colpite dal cancro molto più di altre: in una osservazione di Broca vediamo 16 morti per cancro nella stessa famiglia. Aebly parla di un padre e di una madre cancerosi i quali su 7 figli ne ebbero 5 affetti da cancro; un altro padre morto per cancro gastrico ebbe 6 figli tutti cancerosi.

Altre osservazioni simili esistono a provare che difficilmente deve attribuirsi al caso un accumulo simile di cancerosi nella stessa famiglia. Tali coincidenze formano un gruppo ben distinto nei casi di cancro; vi sono altri casi nei quali il cancro si presenta piuttosto come una malattia familiare che come malattia ereditaria: una famiglia nella quale non vi sono cancerosi nella prima generazione ne conta 15 nella seconda, 6 nella terza, o nella quarta. In altra famiglia 2 fratelli ed una sorella sono colpiti da cancro della mammella; negli antecedenti non ve ne era stato alcun caso. Si tratta di causa cancerigna banale, non ereditaria, o si tratta di eredità cancerosa regolata da speciali leggi? ovvero di una tara ereditaria favorente il cancro? Esistono anche famiglie nelle quali i gemelli non sono cancerosi, i figli unici sì; altre nelle quali di generazione in generazione appaiono certi tumori benigni: encondromi, nevromi, fibromi, naevi pigmentari, angiomi, ecc.

L'A. ha osservato trattarsi il più spesso di eredità materna più che paterna.

Sull'eredità del cancro poco ci possono insegnare le statistiche alcune delle quali parlano in favore (Wemberg e Gastpar a Stuttgart; Polaillon; Baskford a Londra). Al contrario altre statistiche giungono a conclusioni opposte: i non càncerosi avrebbero, proporzionalmente, più antecedenti cancerosi che non gli stessi cancerosi.

L'influenza della razza e della specie animale rappresenta un fatto dello stesso ordine dell'influenza ereditaria, e come vi sono famiglie terribilmente colpite dal cancro, così vi sono degli stipiti di topi che danno un gran numero di soggetti concerosi. Sono interessanti a tal proposito gli studi di Miss Maud Slye.

Miss Maud Slye ha osservato, in 12 anni, 40.000 topi 5.000 dei quali erano cancerosi, con relative autopsie ed esami istologici. L'O. ha potuto seguire alcuni stipiti mantenentisi puri per consanguineità durante 25-30 generazioni senza aver il minimo cancro. In altri stipiti tutti i topi ne erano affetti. Ma incrociando razze cancerose e razze non cancerose l'O. ha visto trasmettersi la predisposizione al cancro quale carattere mendeliano recessivo: topo non canceroso + topo canceroso (di razza) = sempre topi non cancerosi: il carattere canceroso si perde — mendelismo recessivo —. Prendete uno di questi ibridi, coniugatelo con un topo puro sangue, avrete una generazione normale, apparentemente. Incrociate due di questi ibridi e voi avrete:

1) sani che accoppiati dànno luogo a sani;

2) cancerosi che accoppiati dànno luogo a cancerosi;

3) ibridi che si comportano come la generazione precedente.

Altri autori sono giunti agli stessi risultati: Lynck è giunto invece a caratteri non recessivi ma dominanti.

Esiste anche una suscettibilità ereditaria all'innesto del cancro: come alcune razze sono più o meno suscettibili all'attecchimento degli innesti di tessuto canceroso. Ed anche per i tumori innestati si confermano le cifre mendeliane ottenute per i tumori spontanei. Ora, che cosa ci dimostrano i fatti osservati nella razza umana?

1) che il cancro può saltare più generazioni: la qual cosa si accorda con la possibilità che si tratti di un carattere recessivo;

2) che osservazioni del Wacktel fanno supporre in un certo numero di famiglie una eredità mendeliana. Wacktel giunge a ciò con ragionamenti fragili: le sue conclusioni non sono che ipotesi, non sono provate.

Quanto all'eredità e le varie localizzazioni, le ricerche della Slye confermano che se un ascendente o un discendente sono cancerosi vi sono molte probabilità che il cancro si localizzi nello stesso organo: la clinica già aveva mostrato questo fatto. Polaillon su 197 cancri del seno ne trova 20 con eredità cancerosa e su questi 20, 7 erano al seno.

Ma se lasciamo il dominio dei cancri in cui la predisposizione è importante, per entrare in quello dei cancri nei quali la causa cancerigna ha un compito ben netto, noi non ritroviamo più questa eredità dell'organo; cioè la causa è più importante della predisposizione nei cancri della lingua governati dalla sifilide, dal tabacco, dalla cattiva dentatura.

In conclusione:

esistono famiglie e stipiti di animali molto colpiti dal cancro nei quali occorre supporre l'esistenza di una causa comune, forse una predisposizione ereditaria, forse agente in modo dominante.

esiste in alcuni animali una predisposizione al cancro che si trasmette quale carattere recessivo;

il fatto che in molti casi non sembra esservi predisposizione ereditaria non ci permette di concludere che l'eredità non abbia importanza nel cancro;

non sappiamo in che consista la predisposizione ereditaria;

sembra che se un ascendente o un discendente sono cancerosi è molto frequente il fatto di una localizzazione del cancro allo stesso organo piuttosto che a due organi differenti.

MONTELEONE.

Le famiglie di cancerosi.

Senza pretendere in alcun modo di pregiudicare la questione ardua e singolarmente complessa dell' « eredità patologica » ci autorizzano i fatti (M. Letulle, *La Presse Médicale*, n. 76, 1924) ad ammettere l'esistenza di « famiglie da cancri »? Si conoscono famiglie cioè, un certo numero dei cui membri siano stati colpiti da epitelioma?

Per rispondere occorre basarsi su prove e fra queste la migliore è rappresentata dal pezzo operatorio e dal relativo esame istologico: è certo che tale condizione restringe il campo delle osservazioni.

Letulle riporta l'osservazione di una famiglia di medici, seguita durante tre generazioni: la madre di 7 fanciulli muore per cancro uterino: un figlio muore per cancro del testicolo, di 3 figlie, una per cancro dell'ovaia, una per cancro anale, una terza ha 4 figli: di questi la seconda, madre di due fanciulli, muore per cancro del corpo dell'utero. Cinque persone, in 3 generazioni muoiono per epitelioma sviluppatosi 4 volte su l'apparato genitale, una volta nella regione ano-vulvare.

Un amico dell'A., Jayle osserva su 36 famiglie cancerose, 16 con speciale attitudine a presentare lesioni cancerose nello stesso organo (eredità similare): nelle altre 20, 4 contavano negli antecedenti di persone affette da cancro uterino, una persona affetta da cancro della mammella.

Esistono dunque « famiglie da cancri »: quando gli esempi si saranno moltiplicati, quando interpretati i fatti e stabilite le leggi biologiche fondamentali si sarà risoluta una parte del problema dell'etiologia del cancro, si potrà sapere cosa è l'eredità : e questo varrà anche per le altre malattie croniche: cardiopatie, gastropatie, gotta, ecc. Stabilita la « linea cancerosa » delle famiglie, rischiarata la natura del cancro epiteliale, scoperta forse la causa, per lo meno occasionale in alcune condizioni difettose alle quali l'Umanità va sempre più esponendosi aumentando la estensione dell' epitelioma, potremo sperare di indicare il mezzo di preservare dal flagello le generazioni future.

MONTELEONE.

Contributo allo studio dei rapporti fra età e tumori maligni.

(GHERARDI. *Atti della Soc. lombarda di scienze med. e biol.*, febbr. 1924).

In Italia il rapporto generale di mortalità è disceso da 30-36 ‰ nel 1862 a 19-20 ‰ nel 1917. Mentre vi sono malattie che come causa di morte diminuiscono (infezioni) altre aumentano (tumori). Per i tumori la mortalità è quasi raddoppiata nel numero complessivo. Però tale aumento è minore quando si considera l'aumento della popolazione, rimanendo sempre un avanzo che si mette in evidenza anche con le statistiche di anatomia patologica.

Nel rapporto con l'età è fuori dubbio che i tumori maligni, rari nelle prime età, diventano sempre più frequenti col crescere degli anni, verificandosi una progressione sempre maggiore nelle quote di aumento a misura che si procede in avanti con l'età. Tale progressione si verifica anche nella mortalità generale con un diagramma uguale che giunge al culmine a 75 anni per poi degradare.

In essa, per l'elevarsi della vita media in relazione con la diminuzione della mortalità infantile e giovanile, vengono a gravare tutte le malattie proprie dell'età avanzata (marasmo, malattie del cuore, arterie, rene). Lo stesso si verifica per i tumori maligni: con la diminuzione della mortalità al di sotto dei 15 anni si viene ad ingrossare il contingente di popolazione di età avanzata ove è triste appannaggio lo sviluppo di tumori maligni.

L'aumento quindi è più apparente che reale e non deve impressionarci dicendoci invece che con esso diminuiscono gradualmente le morti premature.

BRANCATI.

Il prurito come sintoma premonitorio nei tumori maligni.

(KÜTTNER. *J. F. Ch.*, 1923, 824).

Due uomini robusti, sui 50 e sui 60 anni, divennero, senza causa evidente, sofferenti di prurito, che andò aumentando mano mano e che, dopo 2-3 mesi, si rese quasi insopportabile. A quest'epoca si manifestarono anche i primi sintomi da parte dello stomaco, che da principio furono messi in rapporto con insonnia e con l'uso di molti medicamenti e quindi non furono presi sul serio. Soltanto dopo mesi, quando, invariato il prurito, i sintomi gastrici andarono aumentando sempre più, i malati si fecero vedere dal medico e fu riconosciuto un carcinoma gastrico.

Il prurito era — in ambedue i casi — generalizzato e senza alterazioni cutanee, eccettuati i segni di grattamento. Non c'era ittero, diabete, nè cachessia. In ambedue i casi si è trattato di carcinomi straordinariamente maligni, inoperabili, per cui: manca l'experimentum crucis: la cessazione del prurito dopo resezione del carcinoma.

Ma i due casi ne ricordarono al Küttner altri numerosi dello stesso genere: fra i quali uno in cui il prurito si mitigò sostanzialmente dopo l'operazione radicale. Allora egli non dette importanza fondamentale a questa circostanza. Edotto dall'esperienza recente volle rintracciare il malato con l'obbiettivo di conoscerne le sorti ed eventualmente sapere se fosse ritornato il prurito con lo stabilirsi della recidiva del carcinoma, ma non potè averne notizie.

Frequentemente Küttner aveva notato il prurito in casi di linfogranuloma e di leucemia; e anche qui aveva osservato che può comparire come sintoma iniziale, prima che la malattia fondamentale sia chiarita. Ma del prurito nei tumori maligni non trovò cenno nella letteratura chirurgica, e anche quella dermatologica contiene ben poco.

Ciò che risulta è questo: È un fatto indubbio che non di rado si presenta il prurito nei tumori maligni. Essenzialmente sono carcinomi addominali, e in particolar modo quelli dello stomaco e del fegato che decorrono con prurito tormentoso, e non soltanto nello stadio cachettico o quando ci sia ittero, ma anche già in una fase della malattia nella quale i malati per il resto si sentono ancora completamente bene. Oltre che nei carcinomi addominali, il prurito è stato osservato anche nei cancri della mucosa della guancia e della lingua; tumori del resto, che, non ostante tutte le differenze, devono pure essere annoverati fra i carcinomi del tubo digerente.

Nel maggior numero dei casi il prurito è generalizzato, tuttavia è riferito anche di un prurito localizzato, p. es. anale o genitale. Anche in queste forme di prurito, particolarità caratteristiche non ci sono.

Patogeneticamente dovrebbero esercitare influenza anzitutto delle azioni autotossiche, spiegate, o dai prodotti di disfacimento dello stesso tumore maligno o dalle alterazioni da esso prodotte nel chemismo degli organi ammalati.

È verosimile che anche altri tumori maligni oltre i carcinomi possano causare stati simili.

Da quanto fu detto risulta che in pazienti i quali, senza cause dimostrabili vengono colpiti da prurito insistente, specialmente se si trovano nell'età di disposizione al cancro, bisogna pensare alla possibilità di un carcinoma e specialmente ad un tumore addominale.

B. BAGGIO.

Sintomi principali del carcinoma del colon.

(D. F. JONES e E. P. HAYDEN. *Boston med. and surg. Journal*, 11 sett. 1924).

Gli AA. fanno rilevare che, se il medico generico non vede nella sua pratica che pochi casi di carcinoma del colon, è un fatto che tale malattia appare abbastanza frequente nei grandi ospedali. Tale frequenza del resto è dimostrata dalla statistica, in quanto che fra i 90.000 morti per cancro nel 1918 agli Stati Uniti, il 10 % era costituito da carcinoma del colon. È quindi importante che il pratico abbia delle conoscenze precise al riguardo, poichè in questa, come in altre malattie, quali le condizioni acute addominali ed i tumori maligni, il risultato dell'intervento operativo dipende in massima parte dalla prontezza con cui il medico generico riconosce la malattia e dalla sollecitudine con cui invia il malato dal chirurgo. Nel caso del carcinoma del colon, è essenziale che il medico sia a conoscenza dei sintomi che possono suggerire la diagnosi, la quale, poi, non può essere stabilita e confermata se non con ulteriori ricerche. Certamente il pratico non deve aspettare i sintomi di ostruzione per sospettare il carcinoma del colon, chè essi sono piuttosto tardivi; all'inizio, non si ha che un leggero stato irritativo del colon, con defecazioni irregolari, con presenza di gas in quantità maggiore che d'ordinario, con sangue nelle feci. Occorre talora

ripetere diverse volte l'esame delle feci per trovare positiva la prova della benzidina. Sono questi i sintomi che il pratico deve tener presenti per sospettare la malattia in questione.

I sintomi tardivi consistono in costipazione od in scariche frequenti, dolore, o più spesso, malessere addominale e presenza di sangue *nelle* o *sulle* feci. Tali sintomi sono facili a riconoscersi, ma sono spesso trascurati.

Della massima importanza è un'accurata anamnesi; si troverà di frequente che la costipazione è andata crescendo fino all'ostruzione completa, oppure che il paziente ha piccole scariche; ma queste informazioni si avranno solo con un paziente interrogatorio, poichè, di primo acchito, si conoscerà soltanto la costipazione. Raramente, poi, il paziente accuserà di avere diarrea e, solo interrogandolo sul numero delle scariche giornaliere, si verrà a conoscere che esse sono tre o quattro; ed è proprio questa aumentata frequenza delle scariche, o piuttosto, del bisogno di defecare, uno dei sintomi più frequenti dell'ostruzione del colon e, quindi, del carcinoma.

Il dolore è uno dei sintomi che portano maggiore confusione, tanto più che questi pazienti lo accusano raramente, anche quando le contrazioni intestinali sono visibili. Spesso si ha invece un malessere, accusato sotto l'ombelico, specialmente nel quadrante inferiore destro, in causa della antiperistalsi che spinge i gas ed il contenuto intestinale verso il cieco.

Non è raro vedere dei casi di carcinoma del colon, diagnosticati come appendicite, appunto per tale dolore nel quadrante inferiore destro.

La presenza di sangue, pus, mucosità è conosciuta come uno dei sintomi di gran valore per tale malattia; però bisogna rammentare che tale segno può mancare nella forma scirrosa. Nel carcinoma del colon sinistro poi, la reazione alla benzidina può mancare, perchè il sangue è particolarmente *sulle* e non *nelle* feci, sicchè, se non è stato preso un frammento di feci con sangue, la reazione è evidentemente negativa. Del resto, la presenza di sangue, di pus, di mucosità non è patognomonica del carcinoma, ma può aversi nella colite infettiva, nella dissenteria, in ogni ulcera localizzata nel colon. Con il proctoscopio, si potrà mettere in evidenza la mucosa ulcerata o facilmente sanguinante, fatti che localizzano l'affezione nel retto. Se invece si ha, con i sintomi accennati, la mucosa rettale normale, si dovrà concludere per un'ulcerazione posta al disopra del retto, che è solitamente di natura maligna o tubercolare.

Errori diagnostici possono aversi per la diverticolite, in cui peraltro si hanno nell'anamnesi periodi di ripetuti attacchi dolorosi nell'addome inferiore sinistro, accompagnati da dolorabilità alla pressione. Inoltre, la diverticolite non provoca quasi mai sanguinamento; se vi è presenza di sangue e pus, con i segni radiologici di diverticolite, l'A. consiglia di operare, chè si può esser certi di trovare il carcinoma del colon.

L'anemia è più frequente nel carcinoma del colon destro, forse perchè ivi è più frequente il tipo adenomatoso, che dà maggiori emorragie; altri ritengono invece che la ragione debba ricercarsi nel fatto che le tossine elaborate dal cancro trovano una maggiore superficie di assorbimento. La perdita di peso si ha soltanto nei casi di ostruzione parziale continuata a lungo.

Non bisogna dimenticare che molti pazienti con carcinoma del colon sono stati dapprima trattati come gastro-pazienti, ciò che, in verità, è strano, poichè nel caso di malattia gastrica, il malessere è avvertito alla parte superiore dell'addome, ciò che si osserva anche nel caso del carcinoma del cieco, quando ostruisce la valvola ileo-cecale. Poca o punta importanza può attribuirsi alla forma delle feci, la quale dipende più che altro dalla forma e dal tono dello sfintere. La palpazione non darà alcun risultato se il tumore si trova alle flessure, nella porzione mediana od all'estremità inferiore del sigma. La rettoscopia potrà raramente rivelare la presenza del tumore, comunque essa va fatta tenendo il paziente in posizione orizzontale, supino. Nessuna età può considerarsi immune dal carcinoma del colon, che è stato osservato anche a tre anni, e, con discreta frequenza, fra i venti ed i trenta.

La diagnosi differenziale non potrà farsi che utilizzando tutti i mezzi possibili ed, anche in tal caso, qualche volta non si potrà giungere ad una diagnosi positiva. Anche i raggi X possono far commettere, in mani inesperte, non pochi errori. Talora il carcinoma non è veduto, tal altra invece lo si diagnostica quando non c'è; nè si deve, per questo gettare il biasimo sui radiologi, ma piuttosto sui medici che si affidano soltanto ai raggi X per una diagnosi per la quale invece occorre tener conto di tutti i fatti.. Essa va fatta da chi ha la responsabilità del malato, cioè dal chirurgo, che metterà in opera tutti i mezzi. Per quanto riguarda l'osservazione radiologica l'A. è favorevole all'uso del bario per clistere anzichè per il pasto di bario, che, in caso di ostruzione parziale, può renderla totale.

Fatta la diagnosi, anche di probabilità, è necessario ricorrere all'intervento operativo, per cui l'A. consiglia di procedere in due tempi. Ma anche nei casi in cui non è più possibile l'operazione radicale, è bene operare

ugualmente, in modo da stabilire un corto circuito prima che l'ostruzione diventi marcata, oppure fare la colostomia se l'ostruzione provoca dolore o frequenza di defecazione. Si evita così per il paziente e per la famiglia, una vita penosa che, al contrario di quanto si ritiene, può prolungarsi per mesi ed anche per anni.

FILIPPINI.

Tumori della pelvi renale e dell' uretere.

(THOMAS e REGNIER. *The Journal of Urol.*, vol. XI, n. 3).

Hanno osservato 5 di questi casi negli ultimi tre anni. Si propongono di trattare questo capitolo di patologia in base ai 248 casi esistenti nella letteratura, al quale vanno aggiunti i 5 suddetti. Si può dire trattarsi di una affezione rara, più frequente nell'uomo (62 %) che nella donna (38 %), che colpisce nell'età media della vita, con una lieve prevalenza il lato destro (53 %). Nel 23 % dei casi si ebbero tumori multipli nella pelvi, ureteri e vescica. Nel 15 % i tumori avevano colpito solo l'uretere. Nel 15 % dei casi esisteva o aveva preceduto una calcolosi renale.

Anatomo-patologicamente si possono dividere così:

a) Tumori epiteliali: 1) Papillomi; 2) Epiteliomi papillari; 3) Carcinomi.

b) Tumori connettivali: 1) Sarcomi; 2) Miosarcomi.

c) Tumori metastatici.

d) Tumori indifferenziati.

I papillomi primitivi della pelvi per la tendenza che hanno questi tumori ad innestarsi, facilmente si trapiantano in vescica. Si sono avuti però anche dei casi di tumori primitivi nella vescica che hanno dato metastasi nell'uretere e perfino nella pelvi. In un caso personale degli AA. accadde così per un carcinoma della vescica.

I casi di sarcoma sommano a 19, ma di tutti i dati anatomo-patologici non sono chiari. Per spiegare la possibilità di epiteliomi a tipo malpighiano gli AA. ricordano come nell'embrione, quando la cloaca che è di origine ectodermica si invagina nel pronefros si ha un contatto di cellule ectodermiche con questa formazione di origine mesoblastica che poi darà luogo alla pelvi. La maggior parte però di questi tumori sono a tipo papillare in tutto simili a quelli della vescica.

Sintomi. — Sono l'ematuria, i dolori e la presenza di una tumefazione. L'ematuria è il sintomo principale, presente nell'83 % dei casi. In un caso durava da 18 anni quando il paziente si recò dal medico.

Diagnosi. — È stata fatta molto raramente prima dell'intervento. I malati però non furono sempre accuratamente studiati, soltanto di pochissimi casi vengono riferiti gli esami pielografici

Se con i sintomi renali coesistono tumori della vescica, specie se vicini all'uretere, la lesione pelvi-ureterale può essere sospettata. Bisogna cateterizzare delicatamente l'uretere e se all'improvviso si ha sangue dal catetere, che poi cessa facendo progredire questo, si ha un buon segno di tumore dell'uretere. Un abbondante fuoriuscita di sangue dal catetere appena giunto nella pelvi deve fare sospettare un tumore della pelvi.

Non si hanno nemmeno immagini pielografiche tipiche. Si ha in genere un ingrandimento e una deformazione dell'ombra della pelvi che può essere totale o limitata a uno o piu calici. Somiglia molto all'immagine che si ha in una idronefrosi. I mezzi di esame e i criteri che possono servire a differenziare il papilloma dalla tubercolosi o dalla calcolosi o dall'idronefrosi sono ovvii e ben conosciuti. Più difficile e spesso impossibile è il porre una diagnosi differenziale con la pielite o con la pielonefrite. Può aiutare molto in questi casi la presenza o meno dei segni che rivelano una infezione. Così si può confondere il papilloma con varicosità della pelvi o con la cosidetta ematuria essenziale, in queste entità morbose manca però la deformità e l'ingrandimento della pelvi che si mettono in evidenza con la pielografia. Questa deformità è ben diversa da quella del rene policistico e degli ipernefromi. Mentre è impossibile differenziare la malattia in questione dagli altri tumori del rene.

Consigliano sempre la nefrectomia e l'uretectomia a causa della «malignità potenziale» dei papillomi. Usano anche far seguire all'atto operativo un applicazione di radium.

Riportano i 5 casi personali dei quali uno in una bambina di 3 anni e mezzo.

M. ASCOLI.

Sulla radioterapia dei tumori del cervello e del midollo.

(E. FLATAU. *La Révue neurologique*, 1924, numeri 1 e 2).

La cura dei tumori cerebrali e midollari con i raggi X ed il radio non è finora diffusa in medicina come mezzo terapeutico di scelta: e ciò per più cause. Anzitutto per l'impossibilità in molti casi di dare una localizzazione esatta del tumore cerebrale, ed in seguito perchè si ha paura di ledere con i raggi X il tessuto sano circostante al tumore.

All'A. è stato possibile nel 1919 ottenere il trapianto dei tumori maligni al cervello ed al midollo iniettando una emulsione cancerosa nel canale rachideo ed ha provato allora che era possibile ottenere la guarigione completa del tumore sperimentale ricorrendo alla radioterapia. Esaminando l'influenza del radio sui tessuti nervosi, ha potuto provare che questi raggi provocano gravi alterazioni nel cervello e nel cervelletto: però ha potuto stabilire che è possibile distruggere il tumore con il radium senza dar luogo ad apprezzabili alterazioni del tessuto nervoso: a conferma di ciò basta ricordare le ricerche di Hertwig per le quali è provato che le cellule più antiche e più differenziate possono resistere ad ogni influenza anche lunga, dei raggi del radium, mentre le cellule giovani, germinative, sono più sensibili all'azione di irradiazione anche di breve durata.

Le recenti esperienze dimostrano però che non entra in giuoco solo l'azione diretta dei raggi X e del radium sulla cellula cancerosa, per distruggerla; una enorme importanza va data e al tessuto normale corcondante il tumore e agli elementi del sangue (linfociti) nonchè alla funzione delle ghiandole a secrezione interna come mezzo di difesa contro i tumori.

Nei riguardi dei tumori del cervello la prima applicazione del radium fu fatta ad un tumore dell'ipofisi (dal Gramegna di Torino).: in seguito vennero pubblicati diversi casi di tumori del sistema nervoso centrale nei quali furono applicati i raggi Roetgen. L'A. apporta una statistica di 20 casi riguardanti:

4 tumori del midollo
7 » degli emisferi cerebrali
9 » dell'ipofisi.

La durata del periodo d'osservazione varia fra i 5 mesi ed i 9 anni.

Per quanto riguarda i tumori del midollo l'effetto delle irradiazioni è stato in alcuni casi favorevole e precisamente in tre casi di sarcoma. Da notare che nei tumori della colonna vertebrale e del midollo dell'A. i risultati più favorevoli furono ottenuti con l'applicazione del metodo combinato chirurgico e successive irradiazioni. Il trattamento esclusivamente radioterapico dà risultati non incoraggianti.

Su di un gruppo di 7 tumori degli emisferi, la radioterapia in due casi ha dato un notevole miglioramento: furono notati la scomparsa della cefalea, dell'edema papillare e la ricomparsa di movimenti in arti paretici. Nessun effetto terapeutico favorevole ha notato l'A. in casi di tumori cerebrali operati ed ulteriormente irradiati.

Queste osservazioni provano che l'effetto delle irradiazioni con i raggi X può esser positivo nei tumori maligni degli emisferi cerebrali: tuttavia bisogna contare sulla possibilità di una ricaduta anche dopo un lungo periodo di tregua, come pure su un aggravamento ed anche sulla morte.

Il terzo gruppo di casi riportati dall'A. comprende 9 tumori dell'ipofisi: ad eccezione di uno, tutti hanno risentito l'influenza favorevole del trattamento, talune volte con sorprendente miglioramento: scomparsa della cefalea, regressione dei vomiti, miglioramento dello stato generale, dell'acuità visiva.

I tumori dell'ipofisi costituiscono la maggior parte dei casi pubblicati dagli altri AA. Se ne sono occupati specialmente Beclère, Biro, Schaefer-Chatzen.

Beclère ha constatato l'arresto dell'evoluzione dell'acromegalia, Biro ha constatato un miglioramento notevole in 8 casi.

Basandosi su tutte le osservazioni si può concludere che la radioterapia dei tumori del sistema nervoso centrale è degna della più grande attenzione e deve essere applicata molto più di frequente: il metodo può dare risultati favorevoli in alcune varietà di tumori.

MONTELEONE.

TECNICA MEDICA.

L'esplorazione radiografica dell'uretra con il lipiodol.

(SICARD e FORESTIER. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 1924, 22 février, p. 207).

L'esplorazione radiografica dell'uretra è stata già fatta da Legueu, Papin e Maingot, usando una soluzione di collargolo al 10 % introdotto nel canale uretrale per mezzo di una siringa con buco olivare.

Recentemente Uteau e Guilliol, adoperando una soluzione di collargolo ne hanno messo in evidenza un diverticolo dell'uretra.

L'uso del *lipiodol* permette un'iniezione del tutto indolore, e la sua grande opacità fa rilevare anche dettagli minimi. Si può anche usare il *lipiodol* in olio nella proporzione del 50 % senza che i risultati siano meno netti.

Essi praticano la seguente tecnica.

Si vuota prima la vescica quanto si può. Per l'iniezione che si pratica sullo stesso tavolo radiografico si usa una siringa di vetro da cc. 10-20 a imbuto conico di Janet.

Si iniettano lentamente alcuni centimetri cubici fino a che si percepisce una certa resistenza; ciò indica che l'uretra anteriore è stata distesa al massimo. Poi, mentre si cerca di vin-

cere con una pressione maggiore la resistenza dello sfintere si prenda il cliché radiografico, continuando ad iniettare ancora 4-6 cc. di Lipiodol. Si ha così l'imagine di tutto l'uretra dal meato al collo vescicale.

Se si desidera fare una radiografia in altra proiezione, si stringe il meato e si iniettano 4-6 cm. di olio iodato.

Dopo l'esplorazione, l'olio iodato è subito emesso, quello uretrale dell'elasticità dell'uretra, e quello vescicale con la minzione.

In condizioni patologiche, l'aspetto è vario. Nei prostatici, si rileva l'allungamento e l'irregolarità della porzione prostatica e tale aspetto è dovuto alla presenza di molti lobuli adenomatosi.

Nei restringimenti l'aspetto è molto più dimostrativo.

Nelle forme recenti il contorno del canale è sinuoso, varicoso specie nella sua porzione soprapubica con briglie nettamente visibili. Nei casi più antichi il calibro generale è molto diminuito, il contorno molto irregolare.

Tale esplorazione meglio del catetere fa rilevare il calibro dell'uretra, la sede, la forma delle zone sceloriche e i diverticoli.

T. LAURENTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

BILANCIONI G. *Le forme periodiche in oto-rino-laringoiatria.* (Collezione Bardi di Attualità della Medicina). Roma, Libreria di Scienze e Lettere, 1924.

Il Bilancioni ha voluto scrivere le pagine di sto bel volumetto, non soltanto per lo specialista oto-rino-laringoiatra, ma per tutti quei medici colti, che in questa rapida e felice sintesi, possono inquadrare concetti e nozioni da loro apprese nei trattati e nelle riviste scientifiche in modo saltuario, via via che se ne presentava l'occasione, e perciò senza un determinato orientamento.

Nell'interpretare il tipo periodico di alcuni processi morbosi della oto-rino-laringoiatria, secondo i sani concetti della patologia generale, sta il merito principale dello studio del Bilancioni, il quale, oltre a farci conoscere quanto in Italia e fuori si è fatto per interpretare la peculiare forma asmatica da fieno, che secondo i più è uno speciale tipo di crisi colloiodoclasica, fa anche rientrare nel capitolo dei complessi fenomeni immunitari, quelle forme anginose a tipo recidivante, le quali spesso rappresentano un grave tormento per l'ammalato e una incognita etiologica per il medico. «Forse gli attacchi ripetuti di forme anginose rappresentano dei conati dell'organismo per raggiungere un congruo stato di immunità verso quel dato germe e il loro ripetersi in serie potrebbe corrispondere al susseguirsi di quelle fasi alternativamente positive e negative che si osservano nella vaccinazione praticata ad arte e che corrispondono ad un analogo variabile comportamento degli anticorpi. Il cessare della forma morbosa indica la raggiunta stabile immunità».

Fervente sostenitore di quelle teorie sulla «costituzione», che sono vanto della scuola italiana, l'A. opportunamente collega i fattori immunitari a quelli costituzionali, propri di ciascun individuo. «Qual significato è da attribuire al fatto del non prodursi di una immunità di qualche durata che serva a proteggere l'organismo da un nuovo attacco a breve scadenza? Certo si tratta di un difetto costituzionale che esiste in molti soggetti».

I fattori endogeni che formano il tipo costituzionale, sono moltissimi e non sempre bene individualizzabili. Oltre i disturbi della crasi sanguigna, debbono avere grande importanza quelli che si riferiscono all'equilibrio endocrino-simpatico. Malate che hanno sofferto di tonsilliti e di altre malattie della gola sino all'età pubere, non ebbero più a lamentarsi di queste affezioni quando raggiunsero lo sviluppo sessuale completo, altre subito dopo il matrimonio.

Molto frequenti sono gli attacchi di tonsillite e di adenoidite nella prima infanzia. Spesso i parenti pensano a una indigestione e la dieta rigorosa prolungata non solo non apporta vantaggi, ma sfiacca il piccolo paziente. È un difetto dei poteri immunitari, il quale si manifesta specialmente nell'epoca in cui il bambino passa dall'allattamento materno alla vita autonoma. Il nuovo stato, che richiede una più solida resistenza organica, rende in tal modo più manifesta la congenita deficienza di difesa.

Le forme di mastoiditi recidivanti, frequenti nei bambini, sono legate ad uno stato di debolezza congenita, per cui si forma un tessuto cicatriziale poco solido, per deficienza dei sali di calcio.

Le epistassi a ripetizione, da varici del setto, sono di frequente determinate nei bambini, dalla stasi venosa del cavo naso-faringeo per la presenza di vegetazioni adenoidi o per la congestione determinata da tonsilliti e adenoidite acute.

L'A. cita molti di questi esempi e tutti li analizza in modo mirabile, mettendo in rilievo il loro netto carattere recidivante poichè «in patologia v'è una regola periodica: gran leg-

ge della natura, non empirica, ma di profondo valore e di suggestiva bellezza ».

S. TRAINA.

E. MAGNUS-ASLEBEN. *Klinische Propädeutik.* J. Springer, editore. Berlino. Prezzo L. 22,50.

È la terza edizione del volume di Magnus, noto per la sua concettosa brevità agli studenti e agli studiosi. Sono 24 lezioni dedicate alle malattie polmonari, cardiache, renali, ad alcune malattie infettive, alle malattie del sangue, dello stomaco e dell'intestino, a qualche malattia del sistema nervoso. Non possono rappresentare un trattato, ma un indirizzo per lo studente, che, con le nozioni di semeiotica, adisce alla clinica, una raccolta di cognizioni coordinate, in armonica sintesi per lo scopo principale del medico: la diagnosi. L'A. trova modo, senza che si abbia la sensazione di una vera digressione, di coonestare cognizioni di laboratorio e di terapia.

T. PONTANO.

FACCHINI V. *Clinica e Terapia nel Tubercolosario di Bologna.* L. Cappelli, Bologna 1923

Se in ogni campo della patologia umana sono di altissimo interesse ed utilità le osservazioni cliniche compiute sotto la scorta di una critica serrata, è nello studio della infezione tubercolare che dette osservazioni raggiungono un valore non comune e per lo studioso e per il pratico. Gli sforzi concordi di tutti i medici per sollevare l'umanità dalle tristi conseguenze del bacillo di Koch non hanno certo raggiunto ancora il fine prefisso, ma attraverso a pazienti ed accurate indagini di ogni specie ed a tentativi terapeutici, suggeriti dal risultato delle varie ricerche scientifiche, si è compiuto già qualche passo avanti sì da guardare con fiducia verso una più sicura e non lontana vittoria. Ed il frutto della diligente e sapiente osservazione di malati dà allo studioso ed al pratico elementi importanti nel compito che si presenta spesso, se non sempre, assai arduo: la cura del tubercoloso.

Il Facchini, Direttore del Tubercolosario di Bologna, ha creduto opportuno di pubblicare le osservazioni cliniche compiute ed i risultati terapeutici ottenuti durante il primo anno dell'opera sua. E veramente questo volume raccogliendo non il frutto di una semplice ed arida statistica, ma il risultato dello studio attento ed assiduo dei malati, ricco di rilievi clinici, corredato delle opportune indagini di laboratorio, convenientemente rivolto ad una sapiente disamina critica dell'efficacia di tutti i mezzi terapeutici oggi in uso, costituisce opera di grande interesse per tutti, per il tisiologo in ispecie. Nella prima parte l'A. riferisce alcune notizie sull'ordinamento e sul funzionamento di questo primo Tubercolosario di Bologna, e per quanto da esse si rileva, tanto più degna di essere ammirata è l'opera del Facchini, che attraverso a difficoltà non lievi e con mezzi non sempre sufficientemente larghi ha saputo trarre dallo studio dei suoi malati una somma di interessanti ricerche ed osservazioni, mentre animavano l'opera sua in altissimo grado il desiderio e la speranza di recare valido aiuto a chi tanto duramente soffre.

E. T.

E. SERGENT. *Les grandes syndromes respiratoires.* G. Doin, editore, Paris, fasc. I. Fr. 20.

Nella collezione delle « *grandi sindromi cliniche* », che l'ed. Doin pubblica sotto la direzione del prof. Roger, le sindromi respiratorie sono trattate da Sergent. In questo primo volume l'A. non si occupa indifferentemente di tutte le sindromi respiratorie, ma delle più individualizzate nelle malattie del naso, del faringe, dei bronchi; nel secondo volume tratterà delle sindromi polmonari, pleuriche e mediastiniche.

E. Sergent è maestro nell'esporre; tutti i capitoli portano l'impronta del clinico lucido e pittorico, quindi anche i capitoli su vecchi argomenti come la dilatazione dei bronchi, quelli sulle bronchiti croniche, sulle rinofaringiti discendenti, sull'asma si leggeranno con piacere e con interesse.

Ma io trovo che i due capitoli più interessanti per il pratico, pieni di osservazioni esatte e che ognuno ravviserà perchè richiamato nella sua passata esperienza, sono quelli sulle sindromi da insufficienza respiratoria e sulla funzione del naso faringe nell'atto respiratorio.

È necessario, se si vuole che i libri siano letti, abbandonare talora lo stile *del trattato* di cui ognuno ha piena la memoria e da cui è stato non una sola volta tediato, assillato, nelle minute preparazioni di esame, e invece raccogliere le fila delle conoscenze moderne in una trama che sappia attirare e trattenere il lettore: questa arte è la caratteristica della collezione ed è professata con maestria da E. Sergent.

T. PONTANO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le sindromi simpatiche genitali.

Queste sindromi, finora mal conosciute, sono sotto la dipendenza di disturbi della catena simpatica sacrale e del plesso ipogastrico, vero cervello pelvico, che ha tutte le caratteristiche anatomiche e fisiologiche dei centri nervosi.

Laignel-Lavartine (*L'Art Médicale*, 1924, n. 1) classifica tali sindromi come segue:

1) *Neuralgie pelviche.* Affezione oscura e male delimitata. I ginecologi riconoscono che, in realtà si hanno nella donna dei fenomeni dolorosi, ad andamento neuralgico, ribelli ad ogni terapia, con sede negli organi pelvici e senza lesioni definite. Tali disturbi, pure con minor frequenza, si osservano anche nell'uomo. I miglioramenti, ed anche le guarigioni che si hanno in seguito ad interventi chirurgici sul simpatico pelvico dimostrano la patogenesi dei disturbi.

2) *Sindromi simpatiche nell'uomo,* che si esplicano con crisi genitali (p. es. dei tabetici), con impotenza e con certi priapismi. Erezioni frequenti, specialmente di notte, spermatorrea, eiaculazione rapida o prematura si osservano spesso nei vagotonici; giustamente alcuni autori attribuiscono questa ipereccitabilità del parasimpatico a predominanza pelvica, alla insufficienza congenita dell'ortosimpatico.

3) *Sindromi simpatiche nella donna.* Si manifestano come crisi uterine, ovariche, clitoridee, mammarie, con certe frigidità, in alcuni vaginismi (p. es., per spasmo riflesso di un'appendicite cronica), in certe anestesie uterine, in alcuni disturbi mestruali. Le dismenorree per insufficienza ovarica, guarite con l'opoterapia, il benzoato di benzile, l'atropina, rientrano nelle sindromi vagotoniche. Nelle tubercolotiche, si hanno due tipi di dismenorrea, quella iperortosimpatica (carattere irritabile, sporgenza anormale degli occhi, facies assai colorita, pelle calda e secca, tachicardia, riflesso oculo-cardiaco normale, leggera impertensione arteriosa e febbre). Nella dismenorrea vagotonica, si hanno invece occhi infossati, sguardo duro, pallore dei tegumenti, sudori abbondanti e facili, diarrea, vomiti, riflesso oculo-cardiaco positivo.

Nel primo tipo l'impregnazione tossica è poco pronunciata, lo stato allergico all'apogeo, le supplenze ghiandolari, specialmente tiroidee e surrenali non mancano; le condizioni opposte si trovano invece nel secondo tipo.

Per quanto riguarda la craurosi della vulva, la sua associazione col morbo di Flaiani-Basedow e specialmente la sua guarigione con la simpatectomia dell'arteria ipogastrica sono argomenti in favore di un fattore simpatico, ciò che non è in contraddizione con la parte che può avere in essa l'insufficienza ovarica. La craurosi può quindi considerarsi come una sindrome trofica, endocrino-simpatica.

fil.

Emorragia cranica subdurale.

Mac Auby (*Clinical Journal*, p. 141, 1924) ricorda il caso di un ciclista di 42 anni il quale cadde di bicicletta battendo la tempia sinistra. Rapidamente ritornò in sè, e per oltre un mese e mezzo potè attendere alle sue occupazioni. Poi, poco a poco, divenne irritabile, aveva cefalea, bradicardia; gli fu poi constatata una paresi destra, con Babinski; poi cadde in istato soporoso. Si intervenne, e fu trovato sotto la dura un notevole versamento, tolto il quale, il paziente finì col guarire completamente.

L'A. pensa si sia trattato di emorragia venosa. Osserva che in simili casi il versamento può essere bilaterale, ciò che in pratica è da tener presente nel rilevare i sintomi e nel trattamento.

DORIA.

Gli effetti morbosi della nicotina.

Il principale veleno del tabacco, è senza dubbio la nicotina, la quale può produrre diversi disturbi (Fürbringer, *Zeitsch. f. äzrt Fortbil.* 1-12-1923), a seconda della sensibilità dell'individuo, e del modo come viene assorbita; mentre è assodata la piccola azione antisettica del fumo.

La nicotina agisce sul sistema simpatico con una eccitazione ed una paralisi, o sul sistema nervoso terminale degli organi interni; e può presentare una forma di avvelenamento acuto e cronico.

L'avvelenamento acuto si manifesta con dispnea intensa, vertigini, abbondante sudorazione, vomito, aritmia, stimolo alla defecazione, talora diarrea. Se i fenomeni tossici si accentuano, si aggiungono tremori, cefalea; polso piccolo, pressione diminuita; raramente si passa allo stato convulsivo e al coma. In genere questi sintomi si dileguano presto, e in una mezza giornata ogni pericolo scompare.

L'avvelenamento cronico invece può avere il suo effetto deleterio su tutti gli organi e sistemi.

Sull'apparato respiratorio la nicotina favorisce le affezioni del faringe, e delle cavità nasali, in chi usa fumare, cacciando il fumo dal naso.

I polmoni vanno soggetti a forme catarrali e bronchiali con tendenza alla cronicità.

Sul cuore la nicotina può produrre delle alterazioni a tipo funzionale: il cardiopalmo, le extrasistoli, la fibrillazione, il senso di ambascia cardiaco; e in stati avanzati anche la degenerazione del miocardio, per lo spasmo delle coronarie.

Abbiamo già notato la faringite come irritazione della nicotina sulla mucosa del cavo orale; la stomatite è anche essa comune: su queste lesioni talora si impianta un neoplasma. L'effetto invece di questo veleno sulla mucosa intestinale non è chiaro; nei casi acuti si può avere diarrea; nei casi cronici invece vi può essere stitichezza.

Comunque pare che la nicotina produca un'azione ora di eccitazione ora di paralisi della peristalsi intestinale.

Come si esplichi la sua azione sul sistema nervoso non è chiaro, perchè mentre molte alterazioni quali la nevrastenia, le psicosi nicotiniche, potrebbero attribuirsi alla nicotina, in effetto poi sono una mera coincidenza.

Qualche vertigine ed il tremore si possono addebitare all'effetto di questo veleno; rara la così detta *tabe nicotinica*.

Talora a carico dell'occhio si hanno gravi alterazioni: l'ambliopia nicotinica, la nevrite retrobulbare, o le semplici mosche volanti.

A tutti questi disturbi, si possono aggiungere quelli generali con dimagramento, spesso rapido, astenia generale, anemia.

La cura consiste nel togliere lentamente la causa tossica.

CARUSI.

I danni della puntura lombare.

In un paziente di 34 anni, luetico, in seguito a puntura lombare praticata a scopo diagnostico, insorge vomito e cefalea intensa, specie alla nuca. Nella clinica ove vien trasportato si constata presenza di nistagono in tutti i sensi, Babinski bilaterale, iperestesia diffusa, dolore alla pressione dei 2 rami superiori del trigemino. Il quadro a poco a poco si modifica, per dar luogo a periodi di manifestazioni deliranti e catatoniche. Durante la degenza s'insiste nella cura specifica, e dopo 3 mesi e mezzo si ha la guarigione completa, permanendo tuttavia un certo grado di amnesia retrograda.

La relazione tra il quadro morboso e la puntura lombare non è qui da mettere in dubbio. K. Grosz e E. Strausky (*Wien. Klin. Woch.*, n. 40, 1924), facendone la critica, mettono però in rilievo il valore che deve avere l'affezione luetica coesistente, e richiamano i lavori dei vari osservatori, specie di Pappenheim, secondo i quali la rachipuntura in tali malati può rendere manifesto un focolaio luetico latente, o permettere lo sviluppo di un focolaio nuovo, stabilendo un «locus minoris resistentiae».

Alle quali osservazioni sono da unire quelle di fatti cerebrali insorgenti dopo la puntura in soggetti non luetici, per lo più in forma di paralisi di nervi, per emorragie circoscritte.

Naturalmente il valore della puntura lombare non viene per nulla diminuito da queste manifestazioni di carattere puramente accidentale.

M. FABERI.

L'idroterapia nei nervosi.

L'idroterapia ha una parte importante nella cura delle astenie, ma è un'arma a doppio taglio che si deve maneggiare bene. Utile è il bagno tiepido, a 35°-36°, che nei neurastenici depressi sarà continuato per 15-20 minuti al massimo. Invece nei psicastenici si continuerà per un'ora-un'ora e mezza. Questo bagno ha una azione sedativa, regolarizza la circolazione e favorisce la nutrizione. In certe forme di eccitazione nervosa, se ne daranno due al giorno.

Negli ipotési, in stato di prostrazione, H. Feuillade (*Conseils aux nerveux*, rif. in *Journal des praticiens*, 2 agosto 1924) consiglia il bagno fresco, a 30°, breve, dopo il quale l'ammalato viene asciugato energicamente e messo in un letto scaldato. Eccezionalmente si darà il bagno freddo, preferendo la doccia fredda, come tonico del sistema nervoso.

L'impacco umido può sostituire il bagno tiepido; si inzuppa un panno nell'acqua tiepida e lo si stende sopra una coperta di lana; il malato si corica e lo si copre col panno e la coperta. Questo metodo serve anche quando non si abbia una bagnarola a disposizione. Si può anche tenere il malato in piedi, gettandogli sulle spalle un panno inzuppato nell'acqua a 30°, avvolgendogli tutto il corpo, salvo la testa e sfregando energicamente per uno o due minuti. Si asciuga con panni caldi e si mette in letto. Nei basedowiani, l'impacco con il panno bagnato in acqua a 5°-10° influenza favorevolmente la tachicardia.

La doccia a pioggia è assai utile. Negli stati neurastenici, va fatta tiepida (35°) almeno all'inizio; essa tonifica l'organismo nel tempo

stesso è sedativa e facilita il sonno. La doccia a getto conviene alle forme leggere; deve essere breve (15-20 secondi) e spezzata. In seguito poi, la si prolungherà, usando anche la doccia scozzese (alternata, fredda e calda). Questa è particolarmente utile nella neurastenia intestinale; si dà la doccia a 35° e, bruscamente, si discende per 2-3 secondi a 20°, per risalire a 35°. La manovra si ripete 5-6 volte. Quando il malato va meglio, si fa il getto caldo per 15-20 secondi e poi quello freddo per altrettanto tempo. La doccia fredda, che è eccitante, è mal tollerata dagli astenici. I psicastenici risentono vantaggio dalla doccia tiepida, a pioggia ed a getto e, talora, dalla doccia scozzese.

fil.

Contro i dolori nevritici e polinevritici.

Per calmare il dolore delle neuriti e polineuriti, spesso molto vivo allo stadio iniziale dell'affezione, Bing consiglia le seguenti formole:

Aspirina.
Lattofenina anacentigr. 50.
Citrato di caffeina centigr. 10.
Per una cartina.
Acetanilide centigr. 20.
Fenacetina centigr. 10.
Valerianato di chinina centigr. 5.
Per una cartina.

La sera insieme agli antinevralgici si adoperano gli ipnotici:

Piramidone centigr. 30.
Veronal centigr. 50.
Per una cartina.
Bromuro di potassio gr. 10.
Idrato di cloralio gr. 5.
Antipirina gr. 3.
Fosfato di codeina centigr. 40.
Acqua di menta gr. 150.
Un cucchiaio ogni sera.

Localmente si faranno unzioni con la seguente miscela:

Olio di giusquiamo gr. 35.
Cloroformio gr. 15.
Canfora, Idrato di cloralio anagr. 20.

Oppure l'applicazione della seguente pomata:

Mentolo centigr. 85.
Cloridrato di cocaina centigr. 25.
Idrato di cloralio centigr. 15.
Vaselina gr. 5.

O anche si applicheranno sulla parte parestesica pezzi di flanella imbevuti della soluzione:

Mentolo, Guaiacolo anagr. 1.
Alcool a 90° gr. 20.

dr.

Contro il singhiozzo.

T. Hishikawa (*Schweiz. Med. Woch.*, 1924, p. 352) propone di provocare in via riflessa energiche contrazioni diaframmatiche stimolando la mucosa nasale, onde consegue lo starnuto, o la gola, ciò che stimola al vomito. Utile mezzo, ma incomodo, è il sondaggio dello stomaco.

DORIA.

Gli anodini nel cancro inoperabile.

E. Leech (*Lancet*, 1924, p. 915) dapprima consiglia di lenire le sofferenze con fenacetina, antipirina e simili. Sono a temere gli effetti depressivi, onde non si può elevare molto la dose. L'aspirina è pure utile, ma non va data insieme con alcalini. L'azione di questi farmaci si può rinforzare con piccole dosi di morfina o di oppio. Si può in seguito dare oppio e bromuro.

Anche gli alcoolici si possono utilizzare, ma nei casi a lento decorso possono dare fenomeni di alcoolismo cronico. Non del tutto inutili sono da considerare le applicazioni di rivulsivi esterni.

DORIA.

SEMEIOTICA.

Il valore della deviazione del complemento nella tubercolosi.

Dopo aver passato in rassegna la letteratura in proposito, Forleo (*Folia medica*, n. 5, 1924), espone i risultati ottenuti usando antigeni integrali colesterinizzati nella ricerca della deviazione del complemento nelle diverse fasi della tubercolosi polmonare: risultarono nelle forme latenti il 71,4% di positività; il 90 nelle forme torpide; il 96,29% nelle forme evolutive; il 28,57 nelle forme finali e nella cachessia tubercolare. Nota anche l'A., un potere fortemente inibitore dell'antigene stesso, quando un siero di sifilitico con W. R. fortemente positiva, venga posto al suo confronto. Di 10 sieri ricavati da individui con affezioni tifose, uno solo ha dato inibizione. Come conclusione il Forleo toglie ogni valore alla deviazione del complemento nella diagnosi della tubercolosi, poichè questa raggiunge il massimo di positività nelle forme evolutive, quando la malattia già è clinicamente chiara, mentre assegna alla stessa un certo valore prognostico.

MONTELEONE.

Studio sul liquido c. r. nella sclerosi a placche.

Georges Guillain e Robert Marquézy (*La Presse Médicale*, 1924, n. 40) esaminando il valore diagnostico delle reazioni colloidali nel

liquido cefalo-rachidiano della sclerosi a placche. Le loro esperienze si basano sull'esame del l. c. r. di 27 pazienti: queste ricerche comparate con quelle degli autori francesi e stranieri portano a concludere che lo studio del l. c. r. nella sclerosi a placche presenta un reale valore semeiologico. Le modificazioni del l. c. r. si possono così schematizzare:

Assenza d'ipercitosi, o ipercitosi lieve, assenza d'iperalbuminosi o iperalbuminosi poco accentuata, reazione delle globuline abitualmente negativa, reazione di Wassermann negativa, reazione del benzoino colloidale o dell'oro colloidale a tipo subpositivo o positivo.

Nella sifilide del nevrasse, nella tabe, si può raramente osservare una dissociazione fra la reazione di Wassermann e la reazione del benzoino colloidale, ma allorchè nella sifilide del nevrasse la reazione del benzoino colloidale è positiva si constata nello stesso tempo la linfocitosi, l'iperalbuminosi, la reazione delle globuline. Nell'encefalite epidemica nella quale la reazione dell'oro colloidale è stata spesso trovata positiva — come del resto la reazione di Wassermann — la reazione del benzoino colloidale è sempre negativa. MONTELEONE.

L' alcalemia.

I meccanismi coi quali vengono rimossi dall'organismo gli acidi e le basi in eccesso sono complessi e multipli. Si può tuttavia ritenere che i polmoni eliminino giornalmente dai 20 ai 40 litri di acidi, mentre dai reni ne sono eliminati dai 50 ai 150 cent. cubici. I reni poi provvedono quasi in totalità all'eliminazione delle basi, donde risulta la rarità dell'intossicazione alcalina quando tali organi sono intatti.

Il meccanismo pel quale il sangue conserva la propria reazione è invece semplice ed uniforme, e consiste nel mantenere costante la proporzione dell'acido carbonico al bicarbonato nel plasma, di guisa che se il primo aumenta sproporzionatamente al secondo la reazione sanguigna diviene più acida, divenendo più alcalina nel caso contrario.

Varie sono le cause che possono produrre squilibrio tra acido e base e A. W. M. Ellis (*The Quart. Jour. of Med.*, n. 68, July 1924) riporta quattro casi clinici in cui tale squilibrio avvenne nel senso della base, generando il quadro dell'alcalemia.

Due di tali casi si riferiscono ad intossicazione da bicarbonato di sodio, somministrato in dose eccessiva. La sintomatologia fu rappresentata da una irritabilità ed irrequietezza progressive, cefalea, vomito, vertigine, dolori muscolari e articolari, apatia e sonnollenza. In stadi più avanzati il paziente diviene dispnoico e cade in preda a tetania e a convulsioni, cui segue la morte, come avvenne in uno dei due malati.

Altri due casi, con sintomatologia simile, si riferiscono a ostruzione intestinale alta, uno da cancro pilorico, e uno da causa non precisata, con ectasia gastrica accentuata.

In questi casi l'alcalemia è un fatto secondario, probabilmente in rapporto alla diminuzione dei cloruri del sangue, la quale, alla sua volta, in parte è dovuta al vomito e in parte dipende da altre cause non ben chiare, ma sperimentalmente assodate. Altre alterazioni del sangue sono rappresentate dall'aumento dell'urea e del bicarbonato nel plasma, e reperti analoghi si ebbero nei sopra accennati stati di alcalemia per intossicazione da bicarbonato di sodio. Terapeuticamente si ottennero resultati somministrando cloruro di ammonio per via rettale.

M. FABERI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al Dott. E. A. da R.: abb. n. 10166.

Come manuale breve, popolare di igiene infantile, buono anche da servire per guida a corsi popolari, è consigliabile quello di F. Valagussa: *Il bambino*. Consigli di igiene ad una mamma. L. Pozzi, ed., integrato eventualmente dall'altro dello stesso autore: *Consultazioni di clinica dietetica e terapia infantile:* pure presso lo stesso editore. Per chi conosca il tedesco, consiglierei anche il seguente: E. Krasemann: *Säuglings und Kleinkinderpflege in Frage und Antwort.* G. Thieme ed., Lipsia, 1921.

fil..

Al Dott. A. C. da S. A.

Nel manuale di Lehnartz: *Chimica e microscopia al letto dell'ammalato* (F. Vallardi ed. Milano), troverà quanto desidera.

fil.

All'abb. n. 8262:

Il titolo del lavoro di Salomon è il seguente: *Klinische und experimentelle Untersuchungen über Heilung von Sehnenverletzungen, insbesondere innerhalb der Sehnenscheiden.*

Il lavoro è piuttosto lungo, e il fascicolo che lo contiene è in possesso della R. Clinica chirurgica. I lavori dell'istituto cui si allude nella recensione si debbono al prof. L. Dominici.

Se Ella chiedesse un estratto all'autore tedesco che è un assistente presso Bier, alla Clinica chirurgica di Berlino, forse avrebbe quello che desidera, poichè notizie più dettagliate di quelle apparse nella recensione è difficile darne per iscritto.

ERMANNO MINGAZZINI.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

QUESTIONI PRATICHE.

LXXIX. — Una indagine delicata circa il giudizio delle Commissioni per concorsi ad uffici sanitari comunali.

Il caso è alquanto singolare.

Fu indetto un concorso pubblico per la nomina del direttore di un ufficio sanitario di una grande città. I concorrenti furono due; le prove di esame sei; formarono oggetto di speciale valutazione i titoli. La Commissione stabilì di applicare, per la valutazione dei titoli *e per il giudizio finale*, le norme del D. M. 21 novembre 1906 concernenti i programmi e il procedimento per i concorsi al posto di ufficiale sanitario.

Per effetto di queste norme non avrebbe potuto essere dichiarato idoneo il candidato che avesse conseguito, nel complesso della prove, meno di sette decimi dei punti e meno di sei decimi in ciascuna prova.

Compiute le prove, la Commissione « procedette alla votazione delle singole prove per poter giungere ad una votazione finale, la quale potesse distinguere il merito dei candidati.». Fatta la somma delle singole prove e divisa questa per sette, cioè per il numero delle prove stesse, fu stabilito il voto finale: 36,57 su 50/50 il primo, 35,70 il secondo.

Entrambi risultarono idonei. Però, durante l'assegnazione dei voti, uno dei Commissari espresse le *sue riserve* circa il giudizio finale, perchè i risultati ottenuti gli sembravano « esigui » in rapporto all'importanza del posto. *Finita e resa nota la votazione,* il Presidente della Commissione, rappresentante del Comune, dopo aver messo in rilievo la importanza del posto, chiese ai colleghi se, dati i risultati del concorso, « riconoscessero di poter indicare l'individuo sufficientemente adatto ». Il Commissario, che prima aveva fatto riserve, presentò allora un ordine del giorno, che fu approvato e che è opportuno trascrivere integralmente: « La Commissione, udite le dichiarazioni del Presidente, non può esimersi dal rilevare come, *pur avendo i due candidati raggiunto la idoneità nell'insieme delle prove, il concorso non ha dato un risultato quale sarebbe stato desiderabile* per suffragare con sicura coscienza un giudizio positivo di eleggibilità, tenuto conto dell'importanza del posto messo a concorso... »

Trascuriamo i particolari delle vicende successive, che non interessano le questioni di indole generale alle quali è limitato lo scopo di questa nota.

Il Consiglio Comunale deliberò di « non approvare i risultati del concorso », così come si presentavano e non nominò alcuno dei due concorrenti. Si intuiscono i motivi non espressi che forse condussero a questa stranissima conclusione; ma ciò riguarda il caso particolare.

La IV Sezione del Consiglio di Stato fu chiamata a giudicare della legittimità del provvedimento del Consiglio Comunale. Il punto centrale della contestazione consisteva, in ultima analisi, nel decidere se la dichiarazione fatta dalla Commissione dopo la votazione finale, dalla quale risultava il giudizio tecnico di idoneità, invalidasse questo giudizio.

Ecco la questione d'ordine generale che è comune a tutti i concorsi.

I criteri giuridici seguiti dal Consiglio di Stato e risultati dalla decisione 23 maggio-24 ottobre 1924, si possono riassumere così:

1° « Il bando di concorso crea un vincolo giuridico tra il Comune e quelli che al concorso medesimo partecipano. Affidata la valutazione della capacità tecnica dei concorrenti ad una Commissione, deve il Comune fare luogo alla nomina sulla base delle conclusioni di questa, a meno che non vi siano ragioni speciali positive e concrete per cui ritenga il designato non adatto all'ufficio al quale aspira. Nel caso di terna o comunque di pluralità di designati, può il Comune far cadere la scelta sopra uno qualunque di essi e non è vincolato dall'ordine della designazione, ma non può astenersi dal far luogo ad una nomina, salvo però sempre il concorso di ragioni speciali come fu avvertito ». (Questo principio è ormai costante).

2° « Se esistesse una sicura e non discutibile designazione della Commissione giudicatrice e, pur difettando ragioni speciali per non nominare il designato, avesse creduto il Comune di svincolarsi dall'impegno assunto annullando il concorso, il suo operato non potrebbe non essere dichiarato illegittimo in omaggio alla costante giurisprudenza ora ricordata. Ed a salvarlo non gioverebbe l'avere esso per avventura assunto che le particolari esigenze dell'ufficio da conferire reclamano in chi ne dovrà essere investito una capacità tecnica superiore a quella accertata dalla Commissione ».

3° « Qualora la Commissione, assegnati i

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

punti ai vari concorrenti e *compiuta la votazione finale*, abbia poi dichiarato, in contrasto coi voti assegnati, che nessuno dei concorrenti è veramente eleggibile (come nel caso sopra esposto), deve ritenersi che non vi sia stata una designazione e che il concorso abbia avuto esito negativo.

« L'attribuzione dei voti non è già un fatto che obbiettivamente derivi per necessità da una condizione determinata di cose e di cui la Commissione non possa dispensarsi dal dare atto, limitandosi a constatare la posizione di diritto che ne deriva ai concorrenti. Essa è invece opera diretta ed esclusiva della Commissione stessa, che a mezzo dei punti esprime il suo giudizio.

« *E, perciò, se questo giudizio numerico, nel momento in cui viene concretato e posteriormente, ma prima che sia ad ogni effetto reso definitivo, è accompagnato da apprezzamenti che modificano il risultato sintetico che esso esprime, non può essere atteso indipendentemente da siffatti apprezzamenti....*

« *Si potrebbe anche riconoscere che la Commissione, operando come ha fatto, si è comportata male, ed anzi che essa ha agito illegittimamente*, ma non perciò si può negare che è mancato da parte di essa quel sicuro giudizio onde solo sarebbe potuto derivare pel Consiglio Comunale nonchè il dovere la possibilità di far luogo alla nomina.

« Il giudizio espresso dalla Commissione giudicatrice deve essere riconosciuto quanto meno contradditorio o perplesso e ciò basta perchè non potesse formare base di una deliberazione di nomina.

« Quand'anche si potesse affermare (nelle condizioni già indicate) che il giudizio favorevole di idoneità da parte della Commissione giudicatrice non è mancato, non si potrebbe negare che *le limitazioni e le riserve* con cui essa ha accompagnata l'assegnazione dei voti costituiscono motivo giusto ed adeguato per dispensare il Consiglio Comunale dall'obbligo di fare luogo alla nomina sulla base di essa ».

La prima e la seconda risoluzione sono certamente correttissime; dissentiamo dalla terza, la quale si riconnette ad una indagine delicatissima circa le forme e i limiti dell'attività delle Commissioni e del giudizio vincolante da esse espresso.

Il compito della Commissione aveva una finalità definita: accertare la idoneità tecnica ad un ufficio determinato; questo giudizio essa doveva esprimere, sulla base dei risultati degli esami e dei titoli, *mediante voti;* l'indice di idoneità era rappresentato da 7/10 nel complesso delle prove e non meno di 6/10 in ciascuna prova.

La Commissione espresse questo giudizio mediante voti; soltanto dal voto risultava e poteva risultare la specificazione della idoneità; e poichè i due candidati avevano riportato 7/10 e più, nel complesso delle prove, e non meno di 6/10 in ciascuna prova, la Commissione aveva già formulato, nella sola forma che le era consentita, il giudizio di idoneità.

Si noti: la Commissione non disse poi che questo giudizio era errato: anzi essa lo riconfermò con la stessa proposta approvata successivamente: « *pur avendo i due candidati raggiunta la idoneità nell'insieme delle prove* ».

La idoneità era, dunque, raggiunta e rimaneva ferma. Ma la Commissione credette di aggiungere un altro giudizio: « il concorso non ha dato un risultato quale sarebbe stato desiderabile, tenuto conto della importanza, ecc., ecc. ».

Questa dichiarazione non « accompagnò » il voto finale, ma lo seguì. Poteva essa vulnerare il giudizio già espresso nella sola forma che alla Commissione era consentita? No, e per più ragioni. La dichiarazione successiva al voto finale non era in contraddizione con questo, perchè aveva un'altra base e diversa finalità: « se il concorso avesse dato quel risultato che era desiderabile »; mentre l'altro giudizio era diretto ad accertare la idoneità che in concreto era richiesta: 7/10. Ma se pure le due manifestazioni fossero rigorosamente in antitesi, poichè l'una non era correttiva dell'altra ma vi si aggiungeva come un secondo giudizio, quale delle due era efficace? Certamente quella che fu espressa nella forma legale cioè *mediante voti*, e che accertava la sola idoneità che era richiesta (7/10) e non la successiva deliberazione contenente impresioni di insieme per l'accertamento della idoneità « *desiderabile* ».

Dal verbale risultavano, in sostanza, due giudizi: uno, il primo, valido, non contestato, confermato anche dopo, dalla stessa Commissione; l'altro, espresso quando la votazione finale era compiuta, illegale per la forma e non influente per la sostanza.

La decisione riconosce che la Commissione « esprime il suo giudizio a mezzo dei punti »; ma è ovvio allora osservare: che valore poteva avere un altro giudizio non espresso « a mezzo dei punti »? che valore potevano avere gli « apprezzamenti » successivi tanto più che non erano diretti a scuotere la base del voto finale?

Dice poi cosa non esatta la decisione quando afferma che dal voto finale il Consiglio Comunale poteva soltanto dedurre « che la Commissione aveva riconosciuto il primo più

meritevole, ma di poco, rispetto al secondo; e non già che lo aveva dichiarato effettivamente idoneo ». Ma se, *per norma del concorso*, era considerato idoneo il candidato che avesse riportato 7/10 nel complesso e non meno di 6/10 in ciascuna prova e se i candidati avevano raggiunto il numero indice ed uno lo aveva anzi superato, è chiaro che i due candidati erano risultati idonei nella misura che era richiesta.

Non c'era, dunque, un giudizio semplicemente comparativo, ma era formulato anche il giudizio sulla idoneità assoluta che era richiesta dalle norme del concorso e questo giudizio era rimasto fermo, perchè la Commissione non aveva nemmeno detto che era viziato da irregolarità.

Ci siamo occupati alquanto diffusamente del caso deciso e della sentenza, perchè i criteri da questa seguiti potrebbero costituire un precedente assai pericoloso in materia di concorsi e in casi analoghi.

Se, dopo la votazione finale, accertato il risultato e attribuiti i voti ai concorrenti, stabilita così la idoneità assoluta e relativa dei concorrenti, e quindi formata, per effetto dei voti, la graduatoria, le Commissioni potessero, una volta che il voto finale fosse noto, fare apprezzamenti d'insieme per invalidare il fatto proprio regolarmente compiuto, si aprirebbe la via alle più irritanti ed ingiuste deviazioni.

Si potrebbe negare la laurea al candidato che ha riportato i voti prescritti, se la Commissione di esami, dopo assegnati i voti, dichiari che tuttavia, ferma rimanendo la votazione finale, la preparazione dei candidati non era veramente quella desiderabile?

Nè si dica che, nel caso dei concorsi, il compito della Commissione non si esaurisce con la votazione finale. Qui si tratta di stabilire quale è l'atto che concreta il giudizio definitivo. Ma se è prescritto che la Commissione valuti il merito assegnando voti e che un dato numero di voti è l'indice della idoneità assoluta e del merito comparativo, è evidente che compiuti gli esami, assegnato il voto finale, il giudizio della Commissione è già espresso.

Le formalità ulteriori non sono che atti di esecuzione agli effetti della chiusura del verbale.

Può accadere che risulti una irregolarità della votazione o altro motivo di illegalità e che per ciò si debba rifare il procedimento per il giudizio; ma la ipotesi che noi consideriamo è un'altra, quella, cioè, di un secondo giudizio espresso sulla base di apprezzamenti soggettivi e in forma diversa da quella prescritta.

Ma, dice la sentenza, in ultima analisi: se la Commissione, pur non potendo e non dovendo, esprima tuttavia questo secondo giudizio, è vincolato il Comune a procedere alla nomina? E perchè non dovrebbe il Comune nominare uno degli idonei, se il giudizio di idoneità non è vulnerato dalla successiva dichiarazione illegittima, estranea e non influente?

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

La nuova legge su l'Odontoiatria.

Ecco il testo del R. Decreto-Legge 16 ottobre 1924, n. 1755, contenente le «Disposizioni concernenti l'esercizio dell'Odontoiatria e la protesi dentaria».

Omissis,... sulla proposta del Ministro Segretario di Stato per la Pubblica Istruzione, di concerto con quello per l'Interno, abbiamo decretato:

Art. 1. — Nessuno può esercitare l'Odontoiatria e la protesi dentaria se non abbia superato l'esame di Stato in medicina e chirurgia, salvi i diritti acquisiti dai laureati in medicina e chirurgia a tutto il 31 dicembre 1923 e da coloro che sono legalmente abilitati ad esercitare l'Odontoiatria e la protesi dentaria in virtù di disposizioni anteriori a quelle del presente Decreto.

Art. 2. — Alle prove orali e pratiche prescritte dall'art. 38 del R. Decreto 29 giugno 1924, n. 1388, per gli esami di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo è aggiunta una prova di Odontoiatria e protesi dentaria.

Art. 3. — Sono abrogate le disposizioni del R. Decreto 31 dicembre 1923, n. 2910, e le conseguenti disposizioni del R. Decreto 31 dicembre 1923, n. 2909, del regolamento generale universitario approvato col R. Decreto 6 aprile 1924, n. 674, e del R. Decreto 29 giugno 1924, n. 1388, riguardanti la professione di Odontoiatria.

Il presente Decreto sarà presentato al Parlamento per la sua conversione in legge.

Registrato alla Corte dei Conti con riserva addì 11 novembre 1924.

Atti del Governo. Registro 230. Foglio 79.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AREZZO. *Ospedale V. E. III.* — Alle 12 del 15 dic., med.-chir. assistente. Età mass. 35. Alloggio; vitto nei giorni di guardia (alterni). L. 5000 e c.-v. Tassa L. 50. Chiedere annunzio.

BELLUNO. — Direttore dispensario celtico (lire 3.000). Scad. 30 dicembre.

COPPARO (*Ferrara*). *Osp. civ.* — *Chirurgo primario*: età mass. 40; lib. docenza in clin. o pat. chirurgica. Stip. 12.000 lorde, indenn. complem. 3.000; 60 % atti operativi e gab. radiogr.

Medico primario: età massima 45; libera docenza in clin. o pat. medica. Stip. 10.000 lorde; indenn. compl. 3.000.

Aiuto chirurgo: età mass. 30; serv. di assistente effettivo in cliniche od ospedali principali, per un biennio. Stip. 3.500 lorde, indenn. complem. 1.200; 15 % su atti operativi, vitto e alloggio gratuiti.

Per tutti: 5 quadrienni del decimo. Scadenza 31 dicembre.

COTRONE. *Ospedale civ. S. Giovanni di Dio.* — Chirurgo primario. Stip. 6.000; 50 % dei proventi. Età mass. 55. Documenti alla Congregazione di Carità. Scad. 31 dicembre.

FOJANO DELLA CHIANA (*Arezzo*). — Terza cond.; L. 9000 fino a 1200 pov.; addiz. L. 2; 4 quadr. decimo; L. 3000 cav.; c.-v. Scad. ore 16 del 15 dicembre. Serv. entro 15 giorni.

MONDOLFO e FANO. — Cond. per la frazione Marotta; età massima 40. Stip. 7.000 lorde con 5 quadrienni del decimo; c.-v.; 3.000 per cavalcatura. Scad. 25 dicembre.

S. AGOSTINO (*Ferrara*). — Fraz. Mirabello. Stip. 10.000, con assegno di 3.000; 5 quadrienni del decimo. Scad. 10 dicembre.

SANTARCANGELO (*Forlì*). — Cond. per la frazione S. Ermete; 228 poveri. Stip. 8.000 lorde con 10 bienni del ventesimo; c.-v.; 2.500 per cavalcatura, età massima 35. Scad. 16 dicembre.

SULMONA (*Aquila*). — Condotta della zona orientale 1000 poveri. Stip. 6.000, lorde con 4 quinquenni del decimo; quota complementare 3.000. Età massima 45. Scad. 31 dicembre.

VENEZIA. *Ufficio d'Igiene mun.* — Due medici batteriologi agg. al lab. micrografico, con obbligo di profilassi delle mal. infettive; vietato esercizio prof. Esami a norma del Reg. 19 luglio 1906. Stipendio 12,500; c.-v. (massimo 3.640). Prova per un biennio. Scad. 20 dic.

Concorsi per Ufficiale Sanitario nella provincia di GIRGENTI, per titoli ed esami.

BURGIO, VILLAFRANCA SICULA e LUCCA SICULA. — Popolaz. 11.000. Stip 6.000; indenn. trasp. 2.000.

MENFI. — Popolaz. 13.000. Stip. 5.500.

S. MARGHERITA BELICE e MONTEVAGO. — Popolazione 11.500. Stip. 6.000; indenn. trasp. 2.000.

Per tutti: età massima 49 anni. Scad. 24 dic.

Casa di salute moderna «Pellegrino». — Cercasi Libero Docente Chirurgia. Condizioni economiche da stabilirsi col proprietario.

Dott. Donato Pellegrino - Andria (Bari).

CONCORSI A PREMIO.

FILADELFIA. *Collegio dei Medici.* — Premio Alverenga, dell'importo di 300 dollari, su qualsiasi argomento della medicina. Memorie dattiloscritte in inglese pubblicabile. Il premio precedente è stato assegnato al dott. L. Ameron di Vittoria (Australia) per il suo studio « Anomalie pancreatiche ». Scad. 1 mag. 1925. Per informazioni rivolgersi a: John H. Girvin, Secretary of the College of Physicians, 19 South 22d Street, Philadelphia, Pa. (S. U. d'America).

FIRENZE. *R. Università.* — Premio Dessy. Vedi fasc. 43. Scad. 30 giu. 1925.

FIRENZE. *Società Italiana di Pediatria.* — Quattro premi della Fondazione Mantovani. Vedi fasc. 32. Scad. 31 dicembre 1924.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Premio De Vincenti. Vedi fasc. 39. Scad. ore 12 del 31 dic. 1924.

MILANO. *Municipio.* — Due premi della Fondazione dott. A. Beretta. Vedi fasc. 15. Scad. ore 12 del 28 feb. 1926.

MILANO. *R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere.* — Due premi della Fondazione Fossati. Scadenza ore 15 del 1° apr. 1925 e ore 15 del 31 dic. 1926. — Premio della Fondazione Ernesto De Angeli. Scad. ore 15 del 31 dic. 1926. Vedi fasc. 17.

MODENA. *R. Università.* — Premi Riccardo Luzzatto e Alfredo Simonini. Vedi fasc. 19.

NAPOLI. *R. Università.* — È bandito un concorso per due premi «Arena» di Clinica Medica, per l'importo di lire 1000 ciascuno, da assegnarsi ai migliori lavori sperimentali sui temi: «L'ammoniaca dell'urina nelle malattie del ricambio» e «Importanza dei lipoidi nell'organismo» rispettivamente. Possono concorrere i laureati italiani in medicina e chirurgia o in chimica pura degli anni 1923 e 1924, che abbiano riportato nell'esame di laurea voti assoluti e superato, se medici, l'esame di chimica fisiologica o di chimica clinica. La Commissione esaminatrice è composta dai proff. Bottazzi, Lo Monaco e Quagliarello.

I candidati debbono inviare i lavori, inediti e dattilografati, al prof. Bottazzi, Direttore dell'Istituto di Fisiologia in Napoli, S. Andrea delle Dame, 21, con le solite norme. Il concorso scade il 31 dicembre 1925.

ROMA. *Associazione Italiana per l'Igiene.* — Premi per opuscoli di propaganda. Vedi fasc. 39. Scad. 15 gen. 1925.

ROMA. *Ministero della Guerra.* — Premio Riberi. Vedi fasc. 8. Scad. 31 dic. 1924.

ROMA. *Reale Accademia dei Lincei.* — Due premi offerti dall'Istituto d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale: vedi fas. 24. Scad. 30 sett. 1926.

ROMA. *R. Università.* — Premio Baccelli al merito clinico. Vedi fasc. 46. Scad. 15 dic. 1924.

ROMA. *R. Università.* — Due premi di fondazione Girolami. Scad. 31 dic. 1924.

ROMA. *Società Italiana di Medicina Interna.* — Due premi ditta Hoffmann-La Roche. Vedi fasc. 15. Scad. ore 16 del 31 dic. 1924 e del 31 dic. 1925.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

La Facoltà medica della R. Università di Genova ha, con voto unanime, chiamato il prof. Nicola Pende a coprire quella cattedra di clinica medica.

Esprimiamo i nostri rallegramenti cordiali all'insigne medico e scienziato.

La Facoltà medica della R. Università di Pisa, con voto unanime, ha chiamato il prof. Guglielmo Bilancioni, di Roma, alla direzione della Clinica oto-rino-laringoiatrica di quell'Ateneo. Vive congratulazioni del «Policlinico» per la meritata nomina.

Il dott. Ettore Patroni, vice-direttore dell'Ufficio di igiene di Sampierdarena, è stato insignito della medaglia di bronzo dei Benemeriti della Salute pubblica per i servizi prestati nella campagna anticolerica ed antivajuolosa del 1911 e del 1919-20, per quella antinfluenzale del 1918 e per benemerenze nel campo dell'igiene scolastica.

NOTIZIE DIVERSE.

Cattedre ambulanti di puericultura.

La Deputazione provinciale di Milano, conscia dell'importanza della puericultura per salvare dalle malattie e dalla morte le piccole vite, ha avuto la felice iniziativa di istituire delle cattedre ambulanti di puericultura, le quali svolgeranno una attiva propaganda igienico-sanitaria in pro' dell'infanzia, tanto più utile, in quanto che essa viene portata a contatto diretto del popolo, in località lontane dai grandi centri, dove l'opera si rende maggiormente necessaria. Il raggio di azione di tali cattedre si estende a tutte le province lombarde, in cui le cifre di morbosità e di mortalità infantile sono fra le più alte d'Italia.

Due sono i grandi scopi sociali che esse si propongono; ottenere anzitutto che il bambino cresca sano e robusto, allontanando da lui le cause delle malattie più comuni (affezioni gastro-intestinali) e le relative conseguenze (anemia, linfatismo, rachitismo). Altro scopo non meno importante è la profilassi antitubercolare, dalla quale, se esercitata nelle prime età, possono conseguirsene vantaggi, che inutilmente si cercherebbero con altri metodi. Questo innesto della lotta antitubercolare alla puericultura è indubbiamente fecondo di risultati, anche perchè, in tal modo, le forze, altrimenti disperse, sono così riunite e convergono ad una stessa finalità.

La Deputazione provinciale di Milano e, per essa, l'infaticabile deputato dott. Nicolini, delegato per l'igiene, va quindi portata ad esempio per la nobile ed utile istituzione, a cui essa intende dare un carattere di vera praticità, e si è assicurata, perciò, la collaborazione tecnica dei direttori delle Cliniche pediatriche di Pavia (prof. Spolverini) e di Milano (prof. Cattaneo); fatto anche questo, che va citato ad esempio per le non poche Amministrazioni che considerano il tecnico come un ingombro superfluo.

L'Opera internazionale "Pro leprosis„ e la "Charitas-Scientia„.

Contro la terribile malattia che, purtroppo, non è un ricordo storico, ma è una terribile realtà, da cui non va immune l'Italia, i coniugi d'Amato hanno fondato in Roma nel 1923 l'Opera Francescana internazionale «Pro Leprosis», allo scopo di promuovere ed intensificare le ricerche collettive sulla curabilità e guaribilità della lebbra e di soccorrere al tempo stesso il nobile apostolato delle Suore e dei Religiosi, che, curando gl'infelicissimi detriti viventi, spesso muoiono vittime della tremenda infezione.

Organo ufficiale di tale opera è la «Charitas-Scientia» periodico trimestrale, che, con lo stesso titolo, espone il programma.

Scienziati e leprologhi insigni partecipano già alla Sezione medica della provvidenziale crociata di scienza e di pietà; una buona parte della rivista è dedicata agli studi su la profilassi, la nosologia, la patologia, la clinica, terapia ed epidemiologia della lebbra; le altre pagine si occupano

di cronaca delle lebbroserie, statistiche, e relazioni interessanti su la funzione caritativa della «Pro Leprosis».

I medici che sanno che cosa sia il calvario della lebbra e ne conoscono la enorme diffusione in Oriente e l'attuale minaccia in Europa, possono, meglio che non altri, valutare lo spirito sublime di abnegazione e di sacrificio degli eroi della cristiana carità e, con la caritatevole e competente propaganda, aiutare l'opera filantropica.

Direttore della Rivista è il prof. Vincenzo d'Amato: via Cesare Battisti, 133, Roma.

Internato per studenti di medicina.

Col terminare delle vacanze universitarie, si è chiuso il 15 novembre l'internato per studenti di medicina istituito dall'Ospedale Civile di Venezia: esso si riaprirà per un mese nelle vacanze di Pasqua e poi per tutte le vacanze estive venture.

Gli studenti che approfittarono di questa istituzione furono nove di cui tre italiani, due rumeni studenti in Italia, un ungherese, tre cecoslovacchi.

L'eccellente esito dell'esperimento ha incoraggiato l'Ospedale a istituire altri tre posti nell'internato cosicchè, all'apertura dei nuovi periodi, un maggior numero di giovani potrà approfittare durante le vacanze della somma di insegnamenti e di pratica che un Ospedale grande e dotato di ricco materiale clinico e di ricerca può fornire agli studiosi.

Inaugurazione dell'Ospedale della Cassa Nazionale Infortuni a Bologna.

Con l'intervento di S. A. R. il Principe di Udine, di autorità politiche, militari e civili, di S. E. l'on. Dino Grandi, presidente della Cassa Nazionale Infortuni, insieme con membri del Comitato Esecutivo e del Consiglio Superiore dell'Istituto, il 7 dicembre prossimo avrà luogo l'inaugurazione dell'Ospedale che la stessa Cassa Nazionale Infortuni, obbedendo alle finalità sociali della propria azione nel campo delle assicurazioni per gli infortuni sul lavoro, ha fondato a Bologna, per la cura diretta degli operai sinistrati, dotandolo anche di Reparti specializzati.

Con questa provvida istituzione, la Cassa Nazionale Infortuni si propone di dare adeguata soluzione al problema delle cure e della reintegrazione della capacità lavorativa degli operai infortunati, allo scopo di restituire alla società la maggiore quantità possibile di energie atte a lavoro utile, con vantaggio delle classi lavoratrici oltre che della economia generale del Paese.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Off. Tip. Sandron. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXXI Roma, 15 Dicembre 1924 Fasc. 50

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Avvertenza. **Gli abbonati che intendono fruire del PREMIO GRATUITO**: O. CIGNOZZI: "*I moderni concetti nella cura delle lesioni settiche*" **sono pregati di uniformarsi alle modalità indicate nell'avviso inserito nella prima pagina della copertina.**

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA DELLE MALATTIE MENTALI E NERVOSE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PARMA
Direttore: Prof. LUIGI RONCORONI.

Le alterazioni della mimica e la loro base anatomica.

Dott. PARENTI ALBERTO, assistente volontario.

La mimica può essere alterata in una serie di processi tra loro differenti come il Basedow, la diplegia facciale, le atrofie muscolari, la paralisi pseudo-bulbare, il morbo di Hutchinson, l'acromegalia, la sclerodermia, il mixedema, la tetania, la miastenia, il Parkinson, i postumi dell'encefalite letargica, le demenze, le distimie, ecc.

I muscoli mimici sono in rapporto coi nuclei dei nervi craniani, e attraverso a questi coi territorii corticali corrispondenti e coi sistemi extrapiramidali costituiti principalmente dal talamo e dai gangli striati. Non si possono inoltre escludere influenze cerebellari. Lesioni quindi o dei sopradetti centri, o delle vie che li uniscono o dei nervi periferici o dei sistemi muscolari e perfino dell'apparato osseo e cutaneo possono modificare l'espressione mimica.

Si comprende quindi come molteplici debbano essere i processi morbosi nei quali la mimica è alterata e come non si possa, in generale, designare una localizzazione unica per le molteplici alterazioni mimiche.

Una particolare alterazione della mimica è costituita dal pianto e dal riso spasmodico. Questo fenomeno fu studiato da numerosi autori che da esso vollero trarre i dati per la localizzazione del centro mimico.

Nothnagel per primo attribuì grande importanza alle lesioni del talamo ottico e della sua corona raggiata, nella produzione dei disturbi mimici. Bechterew considera il talamo ottico come un centro in cui vengono elaborati gli stimoli periferici sensitivi e sensoriali od im-

magini, capaci di eccitare i movimenti mimici. Le lesioni talamiche, secondo Bechterew, provocano le crisi di pianto e di riso spastico in quanto interrompono le connessioni del talamo stesso con la corteccia cerebrale. Ma anche le sole lesioni distruttive dei centri corticali motori possono accompagnarsi a riso o pianto spastico e Bechterew spiega questo fatto, ammettendo che tali lesioni producano la distruzione di neuroni inibitori cortico-talamici.

Anche Brissaud ritiene che il centro mimico risieda nel talamo ottico; ad esso arriverebbe dalla corteccia l'eccitazione al riso e al pianto, attraverso le vie cortico-talamiche decorrenti nel segmento anteriore della capsula interna. E' evidente, dice Brissaud, che la distruzione di tali vie debba determinare paralisi mimica, mentre una lesione solamente irritativa esagererà i movimenti mimici dando luogo al riso e pianto spastico; questo disturbo però può essere prodotto anche dalla distruzione delle vie inibitrici cortico-pontine, rappresentate dalle stesse vie che conducono dalla corteccia al nucleo del facciale gli stimoli volontarii.

Mingazzini considera pure il talamo come centro mimico, ed ammette che il riso e pianto spastico dipendano o da un indebolimento delle vie mimiche psico-talamiche, trasmettenti al talamo gli influssi inibitorii della corteccia e passanti attraverso il corpo striato; o da un indebolimento del centro corticale del facciale e delle vie volontarie cortico-bulbari provenienti dal medesimo. In qualche caso però, il disturbo può dipendere da lesioni le quali al tempo stesso paralizzino le vie cortico-bulbari ed irritino il centro mimico del talamo.

Kirchoff localizza il centro mimico nel nucleo mediale del talamo; ad esso arriverebbero fibre mimiche dal piede di tutti i giri frontali, dal follicolo caudato e dall'insula, le quali riunendosi nel peduncolo anteriore del talamo, giungerebbero al nucleo mediale di esso, attraverso le lamine midollari ed il nucleo laterale. Secondo Kirchoff però l'organo centrale per i movimenti mimici deve ricercarsi anche nei nuclei caudato e lenticolare.

Per Goldstein il riso e pianto spastico si avrebbero solamente quando le lesioni si estendono al nucleo lenticolare.

Costantini, abbracciando la teoria del Mingazzini, crede che le lesioni del nucleo lenticolare, debbano incriminarsi quale causa dei disturbi mimici costituiti dal riso e pianto spastico, poichè i reperti anatomo-patologici dimostrano che nella maggior parte dei casi detto nucleo è stato trovato alterato. Infatti, da uno studio del Costantini su numerosi casi di riso e pianto spastico forniti di reperto anatomico raccolti nella letteratura, appare che non si ebbero mai lesioni esclusive al talamo. Lesioni del talamo striato: 2 casi — talamo, striato e corteccia: 2 casi — talamo striato e vie piramidali: 3 casi — talamo striato e ponte: 3 casi — striato solo: 1 caso — striato e corteccia: 4 casi — striato e vie piramidali: 13 casi — striato, vie piramidali e corteccia: 1 caso — striato e altre parti: 5 casi — corteccia sola: nessun caso — corteccia e ponte: 2 casi — vie piramidali: 3 casi — ponte solo: 6 casi — ponte e vie piramidali: 2 casi. Si avevano quindi lesioni del talamo ed altre parti in 10 casi. Si avevano lesioni dello striato ed altre parti in 34 casi. Da questo si rileva come il talamo è molto meno frequentemente leso dello striato e come non rare sono le lesioni delle vie piramidali e del ponte.

La mimica in generale è espressione di emozione, quantunque non si possa escludere che valga a significare anche rappresentazioni a carattere eminentemente intellettivo. L'emozione fu considerata da alcuni come un fenomeno esclusivamente psichico ed in seguito sulla guida del James e del Lange come una conseguenza di uno stato organico e non di uno stato intellettivo, cioè come la coscienza dei fatti somatici, vasomotori, secretori, organici, che seguono una data percezione o rappresentazione. Le recenti dottrine endocrine dell'emozione, illustrano anche più largamente il fattore organico delle emozioni.

Il Crile infatti trovò che le emozioni di paura e di angoscia determinano aumento di volume tiroideo. Buscaino nei cani e nelle cavie, sotto l'influenza dello spavento, notò al microscopio congestione tiroidea, mentre Parhon e Stocker trovarono congestione in un lobo tiroideo asportato chirurgicamente ad una melancolica ansiosa. Chantamesse e Marie videro un montone, in seguito alla somministrazione di estratto glicerico di tiroide, divenire irascibile, intrattabile, far continui tentativi di spezzare le pareti della gabbia, calmarsi dopo la cessazione delle iniezioni di succo tiroideo. Gilbert, Ballet ed Enriques notarono effetti analoghi nei cani, mentre Parhon e Goldstein, sotto l'influenza di preparati tiroidei, videro comparire una netta sindrome psicastenica, che scompariva colla sospensione della cura e ricompariva ancora con l'ulteriore ripresa delle somministrazioni.

Levi e Rothschild in varii ammalati, sotto l'influenza di compresse di tiroidina, notarono una grande eccitabilità, litigiosità spiccata, instabilità muscolare, battiti di cuore, angoscia.

Il Pende assegnò pure grande importanza alla tiroide nella vita emotiva, facendo notare come nel morbo di Basedow l'aumento patologico della secrezione tiroidea dia all'ammalato l'aspetto generale di un individuo continuamente sottoposto a scosse emozionali violente ed in ispecie ad emozioni di collera o di paura e come d'altra parte siano frequenti i casi di morbo di Basedow insorti dopo una sola violenta ed improvvisa emozione o dopo ripetute e prolungate emozioni massime di terrore.

Oltre la tiroide anche l'ipofisi, il timo, le ghiandole genitali e specialmente le capsule surrenali sono invocate per spiegare la genesi delle emozioni.

Così Uhlmann in individui psicotraumatizzati da scoppio di granata, trovò nel sangue fermenti disintegratori delle capsule surrenali, che furono trovati successivamente anche dal De Crinis. Il Crile notò al microscopio nella corticale di conigli spaventati diminuzione della massa citoplasmatica e per spavento prolungato, alterazioni della morfologia dei nuclei. Buscaino, nella corticale di gatti e cavie spaventati, notò congestione vasale, modificazioni varie dei grassi neutri, della sterine, dei lipoidi e variazioni nucleari spiccate.

Kendall trovò che sotto l'influenza dello spavento si ha nella corteccia surrenale dei gatti l'aumento di un fermento speciale che ha importanza per il metabolismo dell'ammoniaca e dell'urea.

Cannon ha riprodotto nel gatto uno stato di grande irritazione psichica, costringendolo a rimanere parecchie ore dinanzi ad un cane istigato ad abbaiare, ed esaminando il sangue dell'animale, ha visto che la quantità di adrenalina che dalle ghiandole surrenali entrava nel sangue era aumentata, mentre l'animale presentava tutti i segni della collera, segni che alla loro volta corrispondono a quelli che si possono determinare nello stesso animale con una forte iniezione di adrenalina.

Alcuni autori sostennero che la sede delle emozioni è nel simpatico, deducendo tale affermazione dalla parte preponderante che i fenomeni simpatici hanno nelle varie sindromi emotive.

Avanti che siamo nati — dice il Mosso — e per un lungo periodo dopo la nascita, la nostra vita è affidata all'attività del simpatico; nei momenti decisivi della vita, quando le emozioni sono più violente, è proprio il simpatico che entra in azione e l'attività preponderante di esso nelle emozioni è così grande che lo sforzo del cervello non è capace di sopprimerla.

Ferrari G. C. crede che il simpatico sia il fondamento anatomico e fisiologico essenziale della vita di tutti i nostri sentimenti elementari. Il Pende assegna pure al simpatico e parasimpatico una grande importanza nel determinismo delle emozioni, senza peraltro ritenerli gli unici fattori determinanti. Egli ammette che il sentimento di piacere e l'euforia o al contrario il senso di malessere ed il dolore siano in stretto rapporto rispettivamente collo stato attivo o passivo del bilancio vitale dei nostri tessuti. Pensa quindi che «il funzionamento globale del parasimpatico, corrispondendo al soddisfacimento degli istinti egoistici di conservazione e di riproduzione, debba accompagnarsi a sensazioni più o meno subcoscienti di piacere e ad elevazione del tono sentimentale o dell'umore, ed il funzionamento globale del simpatico toracolombare, invece, corrispondente al bisogno, assai penoso e dispendioso, della lotta per la vita, debba accompagnarsi a depressione dell'umore, a sentimento generale corporeo di ansia o di sconforto o di tristezza». Veramente qui si contrappone istinto di conservazione a lotta per la vita, mentre l'uno è implicito nell'altro. Questo principio — dice il Pende — è confermato dalle osservazioni che nella psicosi maniaco depressiva ogni fase di eccitazione psichica è spesso preceduta ed accompagnata da un relativo ipertono parasimpatico; ed analogamente nelle psiconevrosi d'angoscia e negli stati ansiosi, predomina spesso l'attività esagerata del simpatico durante le crisi di ansia.

Quanto alla sede delle emozioni Rothmann e Goltz affermarono che le manifestazioni espressive delle emozioni possono svolgersi senza l'intervento corticale, deducendolo dal fatto che essi, in cani privati della massima parte della corteccia cerebrale, notarono la conservazione di manifestazioni emotive di scontento e di ira in concidenza di stimoli tattili ed acustici.

Bechterew, trovando sperimentalmente che, presente o no la corteccia cerebrale, condizione indispensabile alla produzione dei movimenti mimici involontari negli animali è l'integrità dei talami ottici, concluse che «vi sono nei talami o in una regione vicina dei centri che possiedono un'azione sulle funzioni automatiche e riflesse dell'organismo, più o meno costantemente affette nelle diverse passioni dell'anima». Per il Bechterew i talami ottici sono dei «centri motori per mezzo dei quali si eseguono sopratutto i movimenti innati di espressione, determinati sia sotto l'influenza di eccitazioni psichiche involontarie, come negli stati affettivi, sia in maniera riflessa per stimoli

tattili od altri stimoli della sensibilità generale». Il Pagano, eccitando con iniezioni parenchimali di curaro, punti diversi del nucleo caudato, provocò nei cani manifestazioni emotive di paura e di ira ed affermò perciò che nei nuclei caudati «devono trovarsi riuniti tutti gli ordegni fisiologici che concorrono alla espressione delle emozioni».

I coniugi Vogt sostengono la seguente teoria. Il pallidum rappresenterebbe il centro di molteplici cinesie primitive che si producono involontariamente negli adulti e che vengono in parte esaltate dalle emozioni, in parte costituiscono direttamente i grossolani movimenti emotivi della nostra vita spirituale. Siffatte cinesie in un certo momento della vita del bambino rappresentano le più alte e complesse capacità motorie del bambino stesso, onde appaiono chiare le molteplici connessioni che le varie manifestazioni della sindrome dello striato, quali i movimenti espressivi coreiformi, le ipercinesie, la spasticità e gl'impulsi, presentano con la motilità della prima infanzia. La funzione dello striatum in senso stretto sarebbe più raffinata e consisterebbe in un dominio involontario ed automatico delle più semplici funzioni pallidali onde esso disciplinerebbe appunto le smorfie, i gesti, le sincinesie e cambiamenti di posizione automatica, come pure i riflessi di repulsione e difesa.

Buscaino considera i gangli della base ed il mesencefalo come un grosso centro vegetoemotivo in cui verrebbero coordinate le costellazioni complesse di riflessi che rappresentano i fatti somatici emozionali, la percezione dei quali, da parte del cervello, determinerebbe l'insorgenza dello stato emozionale soggettivo. Tali centri non hanno per il Buscaino un'attività psichica propria come affermano il Piéron, il Reichardt, il Kurze, ma costituiscono invece «la zona alla cui funzione è dovuto se un fatto mentale assume o no una data tonalità affettiva».

Se si vuole formarsi un concetto non unilaterale dell'emozione e quindi della sua localizzazione, non bisogna dimenticare che l'emozione non è un quid staccato dagli altri processi psichici, ma consiste invece, secondo Roncoroni, in un particolare tono o qualità dei processi stessi per cui essi dànno a noi piacere o dolore in un grado molto variabile da caso a caso. Il tono di piacere o di dolore può essere così rudimentale da non essere per noi avvertito, e allora il processo psichico ci appare come indifferente, ossia senza emozione. L'emozione appare così come il potenziale del processo psichico, ma forma parte integrante di esso e non ne è affatto staccata. Ogni processo psichico e quindi ogni attività nervosa da cui il processo psichico deriva, ha il suo tono emotivo. L'emozione, perciò, accompagna ogni processo sensitivo, sensoriale ed intellettivo in misura varia da quella incosciente a quella pienamente consapevole.

Ora, poichè tutto il sistema nervoso periferico e centrale (variamente stimolato dalle sensazioni e modificato dalle secrezioni interne) concorre alla estrinsecazione dei processi nervosi e quindi dei fenomeni psichici, non si può parlare di una localizzazione delle emozioni; le quali non sono localizzate in un punto: ma tutto il sistema nervoso è organo delle emozioni.

E poichè vi è una scala di processi psichici quindi nervosi dai più bassi ai più alti, vi è parallelamente una scala delle emozioni dalle più basse alle più alte, ciascuna potendo, a sua volta, avere una diversa gradazione di intensità. I rapporti di ogni grado dell'emozione col sistema nervoso diventano sempre più complessi quanto più l'emozione diventa complessa e cosciente (Roncoroni). Nelle forme più rudimentali e incoscienti dell'emozione l'elemento intellettivo e cosciente può essere trascurabile e secondario ai fatti organici; ma nelle emozioni più alte, complesse e coscienti, questa secondaria derivazione da fatti organici non può essere dimostrata per ogni caso.

Riassumendo queste osservazioni sulla mimica, considerata come esponente delle emozioni, e sulla loro localizzazione, possiamo affermare: Le alterazioni della mimica, quali si rivelano nel riso e nel pianto spasmodico, si manifestano sopratutto per lesioni del corpo striato (lenticolare e caudato) del talamo, delle vie piramidali e del ponte. Per lo più le lesioni non sono limitate a una di queste parti, ma sono diffuse a più parti. Non si può quindi parlare, sulla base dei dati anatomo-patologici, di una localizzazione precisa della mimica; solo si deve ammettere il suo *rapporto con strutture subcorticali.*

Questa constatazione tuttavia non significa che le emozioni di cui la mimica è una manifestazione, abbiamo una sede esclusivamente subcorticale e non corticale e che quindi le emozioni debbano considerarsi sempre in tutti i gradi come un fenomeno non primitivamente psichico, ma secondario a fattori organici.

La mimica infatti non è che un modo di manifestazione delle emozioni, e molte emozioni tra le più alte e complesse, possono non determinare evidenti modificazioni della mimica.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CLINICA OSTETRICO-GINECOLOGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretta dal prof. E. PESTALOZZA.

Sindrome eclampsica da encefalite epidemica

per il dott. R. BOMPIANI (assistente).

La possiblità di uno scambio diagnostico tra encefalite epidemica ed eclampsia è ammessa da alcuni autori che si sono occupati dei rapporti intercorrenti tra encefalite e stato puerperale.

Sono noti nella letteratura i due casi del Benthin ed uno del William Brown che indussero in errore. In realtà nel primo caso del Benthin, la paziente era già malata da una quindicina di giorni con cefalea, sonnolenza, dolori diffusi, contrazioni muscolari isolate al viso ed agli arti, schiuma alla bocca, edemi agli arti inferiori, alterazione della favella, paresi del facciale sinistro, miosi sin., esagerazione dei riflessi, accenno di catalessi.

Fu fatta diagnosi di eclampsia e provveduto allo svuotamento dell'utero mediante taglio cesareo vaginale, senza però che ne sortissero beneficio nè la madre che morì in V giornata di puerperio, nè il feto, morto anch'esso poche ore dopo l'estrazione. Che in questo caso la diagnosi di eclampsia fosse poco fondata risulta da questa descrizione che ne dà l'A; d'altra parte che lo sbaglio sia stato possibile si comprende pensando che l'osservazione risale ai primi tempi dell'epidemia e che la sintomatologia polimorfa della nuova malattia (tale essa si doveva considerare allora) non era nota come lo è oggi.

Nel II caso del Benthin l'errore è anche più facilmente spiegabile: si trattava di una primipara ventiquatrenne che presentava albuminuria (1/1000) e scosse tonico-cloniche dapprima localizzate agli arti superiori, poi generalizzate a tutto il corpo, ripetentesi ad accessi ed a brevi intervalli, con stato di agitazione sempre crescente. Fu fatto un salasso e cura alla Stroganoff ed espletato il parto con il forcipe a travaglio già avanzato. Nel III caso citato, quello del William Brown, egualmente fu ammessa la diagnosi di eclampsia, ma le manifestazioni cerebrali esistevano già due mesi prima di quelle pseudo-eclamptiche l'anamnesi avrebbe potuto evitare l'errore.

Questi casi desunti dallo spoglio delle 87 osservazioni di encefalite e gravidanza raccolte dal Bertoloni, mentre ci permettono di affermare che l'errore è possibile e giustificato come nel II caso del Benthin, ci dimostrano come esso sia stato commesso raramente, dopo che il criterio epidemico e la più larga conoscenza della malattia nelle sue varie manifestazioni morbose ebbero resi esperti anche gli ostetrici della possibilità di scambi diagnostici. A questo proposito mi piace ricordare come in una mia nota (1) comparsa quando ancora le osservazioni ed i rapporti tra encefalite e gravidanza erano scarsi, avvertivo come fosse da tenere in considerazione per la diagnosi differenziale la corea gravidica, la tetania, la mielite e la polineurite delle gravide, le quali per essere forme rare, difficilmente vengono ricordate e prese in esame, per il criterio diagnostico. Non insistevo invece sulla possibilità di uno scambio con l'eclampsia perchè nei 15 casi da me studiati allora, mai si era presentata una sindrome che potesse far sospettare questa forma morbosa, nè ebbi mai a rilevarla nei sei casi ulteriormente da me descritti di gravidanza in donne affette da esiti di encefalite. (2)

***

L'occasione a tornare oggi sull'argomento mi è data dall'osservazione di un nuovo caso di encefalite in gravidanza che mentì il quadro clinico dell'eclampsia e di cui solo il decorso ulteriore e l'anamnesi circostanziata dell'evoluzione dei fatti poterono far porre con sicurezza la diagnosi di encefalite.

Si trattava di una giovane portata in clinica la sera del 5 aprile 1924, con diagnosi di eclampsia in atto. L'aveva formulata un sanitario della G. O. chiamato a domicilio, il quale dopo aver assistito ad un attacco tonico-clonico generalizzato, aveva praticato un abbondante salasso e 2 iniezioni di morfina e ne aveva ordinato il ricovero. L'anamnesi, raccolta dai parenti al momento dell'ingresso, diceva solo che la paziente era stata sempre bene fino al matrimonio avvenuto circa 5 mesi addietro. La donna era rimasta subito incinta, aveva avuto i soliti disturbi della gravidanza fino alla fine del II mese, poi si era rimessa; soltanto da tre giorni aveva avvertito forte cefalea e le si erano manifestate prima rare scosse convulsive alla faccia con inceppo della parola, le quali più tardi si erano fatte più frequenti e generalizzate a tutto il corpo. La paziente durante l'attacco si mor-

(1) R. BOMPIANI. *Encefalite epidemica e gravidanza.* Rassegna d'Ostetricia e Ginecologia, 1921.

(2) R. BOMPIANI. *Postumi di encefalite epidemica e stato puerperale.* Atti della Soc. Ital. di Ost. e Gin.: maggio 1923; Riv. di Ost. e Gin. pratica, 1924.

deva la lingua e faceva schiuma dalla bocca rimanendo poi in uno stato semi-comatoso.

Questa anamnesi era per sè stessa suggestiva per una forma eclampsica. Senonchè contrastava con essa lo stato di relativa coscienza in cui era la donna, la quale con parola disartrica, rispondeva a tono alle domande e ricordava che l'inizio del suo male datava da 3 giorni.

L'esame delle urine dava solo traccie minime di albumina, zucchero ed urobilina assenti, sedimento negativo. Anche la prova della funzione renale con l'iposolfito (seguita però solo il giorno dopo (Dr. D'Aprile) dimostrava una eliminazione tale da far escludere una lesione epato-renale.

Durante la sera la paziente ebbe soltanto ad intervalli non lunghi degli attacchi di contrazioni cloniche, per lo più localzzate ai muscoli della faccia; accessi che cessarono completamente o quasi nella notte, dopochè furono messi in uso i soliti rimedi per la cura aspettante dell'eclampsia (clistere evacuativo, clist. con bromuro e cloralio e morfina). Sul far del mattino, finito l'effetto dei sedativi, le convulsioni ricomparvero e questa volta a tipo clonico-toniche generalizzate, seguite da coma profondo. Essendosi ripetuti nello spazio di 2 ore 5 attacchi, credemmo utile procedere allo svuotamento dell'utero, e poichè non esisteva nemmeno un inizio di travaglio e trattandosi di gravidanza già al V mese, mi parve opportuno, per far presto, ricorrere alla isterotomia anteriore che eseguii in leggera narcosi.

Epletato così l'aborto con la nascita di un feto vivo di 5 mesi circa, la paziente che durante l'atto operativo aveva avuto una modica emorragia, rimase in stato di coma, interrotto solo a lunghi intervalli da nuovi accessi che andarono però limitandosi in intensità ed estensione. Al mattino seguente la donna era sempre incosciente: i grandi attacchi convulsivi nella notte erano completamente cessati; persistevano invece contrazioni ritmiche nel campo del facciale di sin. tanto superiore che inferiore, distanziate le une dalle altre da un intervallo di 2'-3'. Ad un periodo di calma quasi assoluta seguiva la comparsa di scosse ritmiche appena percettibili all'inizio, aumentanti progressivamente in estensione e violenza e con rallentamento del ritmo nell'acme.

Sembrandoci questo quadro poco confacente con quello classico che siamo abituati ad osservare nell'eclampsia e considerando la rarità dell'affezione prima del VI mese di gravidanza, unitamente all'es. delle urine che rilevava solo traccie di albumina, ed alla prova della funzione epato-renale che stabiliva l'integrità funzionale di questi organi, invitammo un collega della Clinica delle malattie nervose a voler studiare con noi l'ammalata. Egli potè rilevare quanto segue: la malata è in stato di profondo ottundimento e di tanto in tanto cade in sopore, non eseguisce alcun ordine e non emette alcun suono anche inarticolato. Rughe frontali più accentuate nella metà sin. oblique in alto ed a sin.; rima palpebrale più ristretta a sin. pliche naso geniene a sin. più accentuate che a destra, la rima boccale è deviata in alto ed a sin. All'es. dei movimenti passivi si nota lieve ipotonia degli arti di sin. specie del sup, che è spiccatamente astenico. Riflessi profondi degli arti superiori bilateralmente assenti; patellari: mancante a sinistra, a destra scarsissimo, egualmente gli achillei, Plantari vivaci con mivimenti di difesa addominali assenti. Pupille leggermente midriatiche, poco reagenti alla luce. La malata reagisce soltanto agli stimoli forti.

La puntura rachidiana dette esito a fuoriuscita di liquido a pressione solo di poco aumentata: albumina 0,2°/₀₀, reazione di Nonne leggermente positiva, linfociti 2 per mm.2 La R. Wass. eseguita successivamente dette pure esito negativo.

L'insieme dei fatti presi in considerazione ci portava senz'altro ad escludere l'eclampsia, mentre ci si affacciavano alla mente come ipotesi più verosimile quella di una lues cerebri o più facilmente ancora, di una encefalite. Contro la lues stavano l'anamnesi e più tardi il reperto della Wassermann, contro l'encefalite soltanto il criterio epidemico, poichè da parecchi mesi anche gli ultimi strascichi dell'epidemia sembravano finiti. Fu raccolta di nuovo con ogni diligenza l'anamnesi la quale questa volta ci potè rilevare che la paziente fin dal novembre scorso aveva cominciato a lagnarsi di intenso mal di testa ed in seguito di dolori alle spalle, al dorso, ed ai lombi. Verso il principio dell'anno in corso e cioè poco dopo l'epoca del matrimonio la cefalea era cessata ed i dolori si erano grandemente attenuati; solo più tardi era comparso l'ipersonno e delle scosse cloniche nell'ambito dei muscoli addominali, i quali fenomeni erano stati imputati alla nuova vita coniugale ed allo stabilirsi della gravidanza. Poi anche essi erano del tutto scomparsi e nei mesi di febbraio e marzo e fino al momento dell'attuale crisi la paziente era stata apparentemente sana.

Non c'era più dubbio che dovesse trattarsi di un'encefalite che per effetto della gravidanza avesse assunto la sindrome eclampsica. Anche l'ipotesi che potesse trattarsi di eclampsia vera concomitante all'encefalite in gravidanza ci sembrò doveroso scartarla in base a questa storia sul modo d'insorgere e di evolversi della malattia e del quadro clinico, nel quale facevano difetto le lesioni epato renali che assai raramente mancano nella vera eclampsia. E l'ulteriore decorso ci confermò in questa idea. La paz. che nelle due giornate del 7 ed 8 era sempre rimasta in stato di coma non profondo e solo agitata dalle scosse cloniche a carico di muscoli facciali di sin., la mattina del 9 ricevette per via endorachidea 25 ctg. di luminal sodico, iniezione che fu ripetuta nuovamente il mattino seguente. Le scosse scomparvero ed allo stato semi-

comatoso succedette il sonno, dal quale però era facile risvegliarla sia per rivolgerle delle domande che mostrava di comprendere pur senza poter rispondere, che per farle prendere il cibo.

Il miglioramento andò sempre più accentuandosi col dileguarsi dell'ipersonnò e col ritornare della coscienza al normale, senonchè dopo una ventina di giorni dalla crisi acuta poteva rilevarsi una sindrome parkinsoniana incipiente e tale appunto fu la diagnosi della Clinica Neuropatologica nell'esaminarla.

Il quadro clinico dell'eclampsia è talmente presente ai nostri occhi abituati a vedere ogni anno a diecine i casi di questa sindrome morbosa nelle nostre sale di maternità, che la possibilità di uno scambio diagnostico sembra a priori quasi impossibile. Senonchè per la diagnosi della malattia noi ci fermiamo generalmente agli aspetti esterni, tanto più che l'intima essenza ci sfugge, che se oggi più che un tempo siamo in possesso di una congerie di fatti che riguardano le modificazioni funzionali ed anatomiche che accompagnano lo stabilirsi di questo stato morboso, la patogenesi intima ancora è un'incognita. Noi sappiamo che è legata allo stato puerperale e perciò dobbiamo ammettere che essa abbia origine da una intossicazione ovulare; ma come i veleni provenienti dall'uovo agiscono sull'organismo materno e perchè la corteccia cerebrale sia tra i primi organi a risentirne ed a rispondere a questo stimolo con le classiche convulsioni, non ci è noto.

Il prof. Pestalozza in una nota di 25 anni fa su «eclampsia, pseudoeclampsia ed eclampsia larvata» a proposito di 2 casi, uno di cisticerco cerebrale e l'altro di meningite diplococcica, che per le manifestazioni convulsive trassero in errore facendo formulare la diagnosi di eclampsia, si mostra incline ad ammettere una certa tendenza delle più disparate forme cerebrali, ad assumere nello stato puerperale una sintomatologia diversa da quella con cui si sarebbero svolte in donne lontane dallo stato di gestazione. E soggiunge «non sarebbe fuor di luogo sospettare, che nello stato puerperale la sostanza corticale del cervello abbia un proprio modo speciale di reagire agli stimoli morbosi di qualunque natura essi siano, sicchè, per quanto dissimile lo stimolo, la risultante ne sia invariabilmente l'attacco eclampsico».

Questo modo di vedere ci pare anche oggi il più logico a spiegarci la sindrome eclampsica da noi osservata. Si potrebbe invero obbiettare: com'è che su 88 casi di encefalite e gravidanza soltanto in un così ristretto numero si ebbe il quadro classico dell'eclampsia? Al che l'anatomia patologica dell'encefalite epidemica può dare una risposta esauriente.

È noto infatti dai referti di autopsia (Bignani e Nazari, De Vecchi, Orlandi, Tarozzi, G. Bompiani, ecc.) che le lesioni microscopiche consistenti in un infiltrazione linfocitaria e plasmacellulare e piccole emorragie diapedetiche perivasali si riscontrano quasi esclusivamente nella sostanza grigia dei gangli della base e nuclei adiacenti, nella cuffia, nei peduncoli, nel ponte, nel bulbo e nel midollo spinale, mentre fa contrasto in genere ad essi lo stato anemico della sostanza grigia delle circonvoluzioni. Soltanto in rari casi invece, si noterebbe accanto all'iperemia delle meningi che è però fenomeno quasi costante, uno stato di edema (Pesci) ed iperemia della corteccia con i caratteristici fatti di alterazione vasale (Veratti). — Perchè non ammettere che il caso nostro appartenga a quest'ultima categoria? Nelle altre donne affette da encefalite in gravidanza la sindrome eclampsica non si sarebbe verificata perchè rimanendo le lesioni determinate dall'encefalite localizzate nei nuclei della base, la corteccia non dovette essere in alcun modo stimolata. Quest'ipotesi che noi formuliamo, appoggiata com'è sul reperto dell'anatomia patologica, ci sembra degna di considerazione.

COMMENTI.

Appunti al lavoro del dott. Podestà.

(*Policlinico*, Sez. prat., 1924, fasc. 40)

per il dott. EMANUELE FREUND, Trieste.

Nel suo interessante lavoro « Su alcuni moderni metodi di terapia antipruriginosa » l'A., ricordando la mia comunicazione « Sulla terapia endovenosa con silicato di sodio nel prurito senile » (1) dice: « Il Freund riferì su 4 casi di prurito senile curati con iniezioni endovenose di acido silicico, affermando d'aver avuto risultati meravigliosi... » ecc.

Per l'esattezza e per una miglior comprensione dei miei tentativi di terapia endovenosa del prurito senile col *silicato di sodio* — e non con *acido silicico* come erroneamente scrive il P. — ritengo di dover fare qualche appunto al lavoro del dott. P. e precisamente: nella comunicazione citata dall'A. non ho affermato di aver ottenuto « risultati meravigliosi », bensì dissi testualmente: « ebbi dei risultati tanto pronti, quasi direi sbalorditivi... » e più avanti: « riassumendo i pochi casi qui descritti rilevo che in tutti e 4 il prurito, ribelle ad ogni trattamento ebbe un miglioramento rapido, talvolta immediato, senza altra terapia ».

È vero che fra un risultato « sbalorditivo » e « meraviglioso » non c'è grande differenza, ma per me allora il miglioramento *sbalorditiva* consisteva precipuamente nel fatto che fino allora per noi il prurito senile equivaleva ad un gravissimo e spesso inguaribile disturbo della vecchiaia.

D'altronde se si fa astrazione del brevissimo lavoro (non più di una pagina) del Luithlen, inventore del metodo, non esisteva neppure un lavoro su questa terapia, essendo stato io il primo ad esperimentarlo dopo l'inventore; l'inventore stesso poi aveva riferito soltanto su pochi casi propri. Era più che naturale, che io mi accingessi ai primi tentativi con un certo qual scetticismo, sembrandomi quasi impossibile, che coll'introduzione di alcuni centigrammi di silicato di sodio si potessero vincere i gravissimi effetti delle alterazioni regressive della cute senile. Ma allorchè osservai nei primi 4 casi il miglioramento e quindi la scomparsa del prurito dopo solo poche iniezioni, confesso che il fatto ebbe per me qualche cosa di insolito, di « sbalorditivo », come per esempio a suo tempo quando il Bruck inventò il suo « Arthigon », si parlò nei lavori sulla cura delle complicazioni gonorroiche con questo medicamento di « successi sbalorditivi, ma anche di insuccessi sbalorditivi ».

(1) XIX riunione della Società It. di derm. e sifi., 1922.

Nel suo lavoro l'A. cita la comunicazione del Levi al XX Congresso della Soc. It. di Derm. e Sif., il quale pure sostenne gli ottimi, se non definitivi, risultati ottenuti con lo stesso metodo. Ma il dott. Podestà non fà cenno che nella stessa seduta io ebbi a riferire le mie ulteriori esperienze con questa terapia, e precisamente: dei miei 4 casi, riusciti così billantemente al principio, uno ebbe una recidiva dopo 6 settimane, un altro dopo 6 mesi, recidive però domate con ulteriori iniezioni di silicato di sodio. Ebbi inoltre a comunicare d'aver trattato 7 nuovi casi di prurito senile (70-85 anni), in 5 dei quali ottenni ottimi risultati, risultati però dubbi negli altri 2.

Alla fine della mia comunicazione accennai anche « alla possibilità della autosuggestione da parte degli ammalati, visto che alcuni di questi si dichiararono guariti già dopo 1-2 iniezioni ». Da tutto ciò risulta, che le conclusioni da me tratte in base alle mie ulteriori esperienze, non si possono chiamare troppo ottimistiche, come sembrerebbero dopo la prima relazione, la quale aveva essenzialmente lo scopo di richiamare l'attenzione dei clinici e pratici su questo nuovissimo e quasi sconosciuto metodo di cura. Un tanto mi è anche in parte riuscito. Già infatti nella XIX seduta si ebbe un'animata discussione su questo metodo, ciò che portò a una parziale conferma dei risultati da me ottenuti.

Naturalmente ho continuato a sperimentare nell'ultimo tempo il metodo, senonchè scarse furono le occasioni. In un caso si trattava di un vecchio signore di 85 anni affetto da prurito senile tipico. Ottenni un rapido successo, ma non duraturo. L'ammalato però fu tanto soddisfatto del risultato, che ritornò dopo qualche mese per una nuova serie di iniezioni, le quali come la prima volta diedero pronto successo. (1)

Mi sia lecito infine di accennare ad un ultimo caso molto interessante: da anni curo un egregio collega di 69 a. ricercatissimo medico, il quale a periodi è tormentato da un prurito di natura artritica, contro il quale mai finora si potè trovare rimedio efficace. Un mese fa egli si presentò, come già tante volte, da me perchè affetto da forte prurito. Trovo una pelle asciutta, un eczema papuloso, escoriazioni. Propongo la cura di silicato di sodio ed ottenutone il consenso inietto il medicamento nella dose di 0.5. Non vidi più il collega per alcuni giorni, ma ritornato da me mi dichiarò, che fin dalla prima iniezione il prurito era com-

(1) Quest'am. è rimasto finora (dopo 6 mesi) senza recidiva.

pletamente scomparso e che in caso di recidiva intendeva di riprendere ulteriormente la cura. Negò assolutamente trattarsi di autosuggestione autorizzandomi ad inserire il suo caso nella mia statistica. L'iniezione non gli procurò il minimo disturbo, eccettuata una lieve polachiuria, ma nulla di anormale nell'orina.

Non è oggi però mia intenzione di trattare qui esaurientemente le osservazioni finora fatte con questo interessante metodo. Riassumendo dirò soltanto che dei 12 casi di prurito finora curati con iniezioni di silicato di sodio ottenni in 6 un successo sicuro e definitivo. In 3 casi ebbi risultato indubbio, ma seguito più o meno presto da recidive, le quali però furono ben presto domate da ulteriori iniezioni. In 2 casi (donna con « prurito delle gravide » dell'età di 35 a. e donna di 45 a. con prurito vaginale) ottenni risultato negativo. In un caso l'ammalato abbandonò la cura, perchè alcune goccie del farmaco penetrate nei tessuti gli avevano provocato dolori fortissimi.

Da questa piccola statistica risulterebbe:

1) Che non si possa parlare di risultati « meravigliosi » o costanti.

2) Che i migliori risultati si ottengono nelle vere forme di *prurito senile*.

3) Che tali risultati si hanno talvolta già dopo poche iniezioni.

4) Che le recidive sono frequenti, ma ugualmente suscettibili di cura.

5) Che il metodo è assolutamente privo di ogni pericolo (su questo punto tutti gli sperimentatori sono d'accordo).

6) Che poco si può sperare dal metodo in casi di prurito *non* senile, bensì provocato da altre cause.

Riassumendo si può dire che il metodo di Luithlen segna un vero progresso nella terapia del prurito senile e che sia consigliabile l'esperimento in tutti i casi perchè, assolutamente innocuo, offre molte probabilità di debellare un gravissimo disturbo, il quale secondo il Majocchi « nel concetto patogenetico è ritenuto quale effetto di sclerosi della pelle per l'età. Per tale concetto si comprende la difficoltà di curare tale genere di prurito e spesso ci troviamo sprovvisti di rimedi efficaci in tali contingenze ».

Mio dovere è infine di far rilevare — ciò che è degno di nota — che neppure nella letteratura tedesca esistono finora altre pubblicazioni su tale terapia tranne quelle due dell'inventore, come il Luithlen stesso mi comunicò in questi giorni, aggiungendo anzi nella sua lettera, d'aver ottenuto con lo stesso metodo buoni risultati nella sclerodermia, senza potersi spiegare tale fatto.

QUESTIONI PRATICHE.

CROCE ROSSA ITALIANA.
COLONIA ELIOTERAPICA N. XXXVII (BERGAMO).

Elioterapia naturale o artificiale?

per il dott. GIANFRANCO CAPUANI.

Appena una ventina di anni fa, il rinnovato fervore per le meravigliose virtù terapeutiche del sole contro la tubercolosi chirurgica, aveva diviso i medici in due partiti: quello dei partigiani dell'elioterapia d'altitudine e quello dei partigiani dell'elioterapia marina. Da una parte Rollier, con le sue comunicazioni (a Parigi nel 1905 e nel 1907, a Roma nel 1910 e nel 1912) esaltava giustamente i miracoli ottenuti con l'esporre le tubercolosi chirurgiche al sole d'alta montagna; dall'altra Calot, Barbier, Haha, non vedevano altro che elioterapia al mare per l'azione stimolante, ossidante e remineralizzante di tale clima. Lo ritenevano anche superiore a quello d'altitudine per la regolarità termica, che permette ai malati di continuare la loro cura così d'inverno come di estate, e per il potere attinico più accentuato per la riflessione esercitata dalle grandi superfici di acqua.

Un semplice esclettismo pare avrebbe dovuto essere il criterio per giudicare di una questione nella quale il risultato clinico e l'esame fisicochimico della radiazione solare, erano concordi nell'affermare identità di costituzione e di efficacia. Invece accadeva che medici di valore rimanessero tenacemente unilaterali peccando gli uni di un eccesso di distinzioni e di esclusivismi, peccando gli altri di troppa facilità di generalizzazione, cosicchè mentre da una parte il Comitato Ginevrino con d'Espine alla testa, mandava i suoi bambini a Cannes e a Sestri Levante a cercare quella purezza di raggi solari che avevano a loro disposizione sulle vicine alte montagne, dall'altra parte Menière al Congresso di chirurgia di Parigi nel 1907 diceva che non ci sono differenze fra le radiazioni solari nelle diverse regioni, e Paul Delbet affermava che tali radiazioni ci sono nelle atmosfere pure del mare e dei monti in uguale quantità che in quella discretamente polverosa di Parigi (!).

Tali esclusivismi e tali unilateralità ci sono oggi, nè più nè meno, a proposito del quesito se sia migliore la elioterapia naturale oppure l'artificiale. Il buon senso risponde che la sorgente artificiale debba servire a integrare le eventuali deficienze quantitative della sorgente naturale: invece se vien fatto di parlare con un dirigente di un ospizio marino, o di una colonia elioterapica sentite degli inni alla na-

turale potenza del sommo astro benefico, anche a costo di starlo ad aspettare durante settimane e mesi di cattivo tempo. Se invece si ascolta un nordico fisioterapeuta ci si sente dire che la lampada di quarzo sostituirà l'elioterapia naturale come il ghiaccio artificiale ha sostituito il naturale.

Noi italiani dovremmo per ragioni di sentimento e per la prosperità dei nostri ospizî marini essere orgogliosi paladini del nostro bel sole e farci interpreti del *grido di allarme* lanciato a Castellamare di Stabia dal Congresso di crenoclimoterapia, contro gli uomini del nord scendenti con le loro lampade, presuntuosi di assalire ed offuscare la luce del nostro almo sole.

Non è però inopportuno sintetizzare quel poco che si può oggi conoscere intorno alle proprietà terapeutiche della luce solare, intorno alla composizione fisica dello spettro solare e di quello del sole artificiale, ai risultati che si possono ritrarre dall'uno più che dall'altro, e infine compendiare quell'insieme di considerazioni d'indole pratica ed economica che possono alla fine decidere della questione.

ELIOTERAPIA NATURALE. — Sull'efficacia terapeutica di questa forma di cura è superfluo soffermarsi. La sua azione è da riferirsi alle radiazioni attiniche, ossia chimiche, di quella parte dello spettro che corrisponde ai raggi ultra-violetti. Questi raggi hanno azione battericida (sì che sterilizzano in poco tempo culture di piocianeo, di bacilli di Koch, di carbonchio (Renzi, Majasello) e in pochi secondi sterilizzano un'acqua contenente 100 colibacilli per cmc. (Courmont e Nogier) e azione cicatrizzante sì che ne risulta accelerata la guarigione di ulceri, piaghe e ferite. Questa azione non è però solamente locale, ma l'assorbimento di radiazioni attiniche determina la diffusione in tutto l'organismo di quel quid curativo che si manifesta sotto forma di stimolo a tutte le funzioni psichiche e vegetative, azioni che possiamo sinteticamente ricordare contrapponendo l'intelligenza vivace e la pubertà precoce delle popolazioni meridionali, al carattere chiuso dei popoli nordici, alla sospensione delle mestruazioni nella donna esquimese durante la notte polare. Di qui l'indicazione terapeutica della elioterapia nelle psicosi depressive e nelle discrasie da rallentato o insufficiente ricambio quali la scrofola e il rachitismo.

I raggi utili sono quelli di lunghezza d'onda compresa fra 400 micron e 290 m. Al disopra abbiamo quelli che danno lo spettro visibile e perdono la loro azione attinica con l'aumentare della lunghezza d'onda; al di sotto di 290 m. i raggi assumono qualità caustiche. Per fortuna però questi (da 290 m. a 200 m.) mancano nella luce solare (Schaunz) mentre quelli attivi (da 291 a 400) secondo gli studi di Baugert sono più intensi nello spettro solare che in altri spettri di luce artificiale.

Nel campo dell'ultravioletto sebbene l'azione attinica dei raggi sia tanto più grande quanto minore è la lunghezza d'onda, l'azione terapeutica è invece maggiore per quelli a lunghezza d'onda meno breve perchè più penetranti e quindi assimilabili, mentre chimicamente i più attivi appunto per la loro cortezza d'onda e per la enorme attività chimica esauriscono la loro azione sulla superficie cutanea causticandola senza penetrarla; questa attività essi spiegano anche di fronte alle minute particelle di pulviscolo atmosferico, cosicchè le radiazioni a lunghezza d'onda ancora più breve, pur essendo presenti nella luce solare, non giungono a noi perchè esaurite nelle reazioni che avvengono nell'attraversare l'atmosfera.

Non sappiamo in che modo le radiazioni ultraviolette agiscano sul nostro organismo; condizione indispensabile perchè questa azione si manifesti regolarmente pare sia la pigmentazione della cute. Dobbiamo forse ritenere che il pigmento agisca trasformando l'energia chimica in modo da renderla assimilabile, certo esplica un'azione di accumulatore e regolatore nella distribuzione dell'energia e in tale secondo caso avrebbe un significato di difesa in quanto eviterebbe, trattenendola, una troppo rapida introduzione di questa energia. Che la pigmentazione abbia questo significato di difesa è cosa facilmente ammessa perchè si vede che per essa i popoli neri resistono meglio al sole, e chi ha pratica di elioterapia sa quanto rigorosismo occorre nel graduare la durata e la frequenza dei periodi di esposizione nei primi giorni in cui il pigmento è ancora scarso.

Quanto all'ufficio di trasportatore di energia lo si può almeno porre come ipotesi osservando quello che avviene alla fine della cura: al momento del riassorbimento del pigmento si assiste a un vero colpo di frusta esaltante tutti i processi fisiologici; come se dell'energia fosse in questo momento liberata a profitto delle cellule.

Che il pigmento abbia la funzione di trasformare l'energia raggiante in altra più assimilabile è difficile dimostrare direttamente. Questo meccanismo si può però intuire facendo un parallelo fra il pigmento cutaneo ricco di ferro e la clorofilla dei vegetali ricca di manganese: nel pigmento il ferro ha una funzione catalizzatrice che trova riscontro per la clorofilla in quella del manganese, metalli assai simili fra

di loro sia per caratteri di gruppo che per azione terapeutica.

ELIOTERAPIA ARTIFICIALE. — L'elioterapia artificiale si pratica con apposite lampade che producono raggi a breve lunghezza d'onda; in generale oltre alle radiazioni utili (400 m.-290 m.) si hanno anche radiazioni più brevi vale a dire non penetranti e quindi caustiche, cosicchè la graduazione deve essere anche più rigorosa che non con la cura solare. La quantità poi di radiazioni è copiosissima sì che animali esposti senza protezione vengono presto accecati; per questo i malati devono essere provvisti di occhiali oscuri o di vetro inattinico. Molte lampade (Siemens Aureol) sono muniti di filtri per eliminare i raggi caustici, filtri, che diminuiscono però il rendimento totale della sorgente luminosa.

Le lampade di sole artificiale posseggono dello spettro solare la sola parte chimicamente attiva (raggi attinici) e (secondo la espressione di Forneau) usare di esse invece che del sole è come usare l'atropina invece della belladonna.

Fra i tipi di lampade più conosciuti oltre alla citata Siemens Aurea, ricordiamo quelle ad arco (Finsen) e quelle a quarzo (Kromayer); altre lampade p. e. le Landeker hanno lo spettro sprovvisto di raggi caustici.

ANTAGONISMO FRA RAGGI ATTINICI E RAGGI CALORIFICI. — Alcuni costruttori per avvicinarsi quanto maggiormente è possibile alle condizioni naturali muniscono le loro lampade di radiatori calorifici, e questo parrà strano quando si ricordi che i costruttori di lampade di sole artificiale si erano all'inizio un po' eccessivamente dilungati sul preteso antagonismo fra le radiazioni calorifiche e quelle attiniche di fronte alla pelle. Questo antagonismo è stato esagerato dai costruttori con l'evidente scopo di favorire la diffusione dell'uso del sole artificiale, ma che esso non debba avere l'importanza attribuitagli si può desumere dal fatto, cui abbiamo accennato, che alcuni di essi forniscono ora le lampade con radiatori termici.

Controlli scientifici ed esatte misurazioni su tale argomento sono stati recentemente condotti a termine da Kestner, Poemöller e Plaut (*Klinische Woschenschr.*, 1923, pag. 2018) e possono essere così riassunti:

L'esposizione ai raggi della lampada di quarzo a vapori di mercurio (soggetto digiuno, a letto, al mattino) provoca un aumento del metabolismo, che si può misurare con l'apparecchio di Benedict. Sopra 12 soggetti studiati 10 hanno presentato un eccesso di consumo di ossigeno del 10-15 e 20 per 100. L'effetto è soppresso allorchè la pelle è protetta dalla penetrazione con una pomata di neozonio e ciò è intuitivo. Quanto più le lampade di sole artificiale sviluppo calore (a parità ben inteso di radiazione attinica) tanto minore è l'influenza che si esercita sul metabolismo. L'esposizione al sole in una giornata molto calda, provoca un aumento molto debole o nullo; al contrario sulla riva del mare, con un'aria fresca, il consumo di ossigeno aumenta sotto l'azione del sole, di circa il 10 al 25 % a seconda dei soggetti.

L'irritazione della pelle determinata con un bagno di acqua salata o senapata aumenta essa pure il metabolismo in confronto a quanto si ottiene con un bagno ordinario alla stessa temperatura. A ogni modo c'è un parallelismo fra l'aumento del metabolismo e la formazione del pigmento cutaneo sì che quest'ultimo serve egregiamente per giudicare dell'efficacia della esposizione senza dover tener calcolo dell'antagonismo fra radiazioni attiniche e radiazioni calorifiche. Lo spettro solare esplica maggiore attività nei mesi di aprile e settembre che non nei mesi più caldi. Se è vero che il sole artificiale è dunque relativamente più efficace perchè freddo è pur semplice rimediare al leggiero inconveniente del sole naturale caldo aumentando il tempo di esposizione di circa un quinto per avere risultati pari (a parità ben inteso di energia radiante).

AZIONE LOCALE E GENERALE. — Nella pratica clinica la radiazione calorifica non ha dunque importanza alcuna per l'antagonismo con quella attinica: ha però la proprietà di agire sull'organismo determinando modificazioni nelle condizioni della circolazione sanguigna locale dalla cui maggiore o minore intensità dipende la diffusione del quid curativo esplicato dal raggio attinico, il quale nel momento in cui viene assorbito, serba ancora i caratteri della energia radiante fotochimica.

Se noi poniamo una placca fotografica dietro un tessuto un po' trasparente al raggio solare, e concentriamo la sorgente luminosa in un punto del tessuto, riusciamo naturalmente a impressionare la lastra fotografica. Se la circolazione sanguigna nel tessuto si fa più intensa la lastra resta più scarsamente impressionata; se noi invece produciamo sia una stasi venosa che un'ischemia vediamo che la lastra fotografica viene impressionata con una intensità doppia o tripla di prima.

Questo semplice esperimento può avere importanza in quanto ci può indirizzare a cercar di comprendere la natura e il modo di agire di quel quid curativo a noi tuttora ignoto; è

poi anche più importante in quanto ci addita un facile particolare di tecnica nell'applicazione della cura. Ci dice cioè che la radiazione termica (sole naturale) in quanto attiva la circolazione sanguigna nei tessuti esposti favorisce il rapido assorbimento e la diffusione in circolo dell'energia attinica, mentre che per le applicazioni locali è preferibile la luce fredda la cui azione può essere accentuata con l'ostacolare la circolazione. (Nel caso di malattia cutanea mediante la compressione con vetro o quarzo).

Tale distinzione nell'azione terapeutica può sembrare oziosa in quanto anzi, noi oggi con la elioterapia, non tendiamo solamente a guarire la lesione tubercolare ma cerchiamo di guarire il soggetto tubercoloso. Preferiamo cioè il sole al bisturì perchè mentre questo ci guarirà il male asportandolo quello ci guarisce il malato. Ciò è vero in linea generale: ci sono però i casi di tbc. chirurgica concomitanti o secondari a tbc. polmonare nei quali la elioterapia ad azione diffusibile riuscirebbe dannosa. Si consideri la laringite tbc. forma che risponde meravigliosamente alla elioterapia ma che è quasi sempre secondaria a tbc. polmonare: una cura di sole caldo con azione diffusa darebbe il tracollo alla lesione polmonare frustrando i vantaggi ottenuti sul focolaio laringeo.

Qui si manifesta invece utilissima l'applicazione di sole freddo come quello che influenza ottimamente l'organo vocale senza dare reazioni generali per la piccola superficie che non può assorbire grande quantità di energia e perchè la luce fredda non determina iperemia e non favorisce così la diffusione della poca energia radiata.

L'azione generale dell'elioterapia appare come un'azione di stimolo specifico assai analoga a quella esplicata con le terapie biologiche, e per essa è preziosa la formazione del pigmento che ne regola quantitativamente l'assorbimento: per giudicare della importanza che ha il pigmento in questa regolazione basta pensare agli inconvenienti che avvengono nella cura solare, nei primi giorni nei quali la pigmentazione non è ancora avvenuta. Nelle colonie di bagni di sole è facile osservare nei primi giorni un decadimento nelle condizioni generali dei piccoli che vengono esposti; decadimento che si rileva sotto forma di anoressia, malessere e lieve diminuzione del peso corporeo, fenomeni questi che connessi alla osservazione di quei casi nei quali il bagno di sole risveglia o accentua un focolaio di tbc. polmonare, e che paragonati alla successiva ripresa di benefica attività stimolante della cura, fanno sorgere nella mente il parallelo con quanto avviene con le altre cure specifiche di stimolazione e possono indurci a ritenerli dovuti a una fase negativa che ci sarebbe nell'elioterapia come nelle cure specifiche.

Volendo quindi concludere riguardo alla differente azione di stimolo generale o locale del sole caldo o freddo, possiamo ammettere che questo secondo risponde meglio quando si voglia avere una azione locale con un minimum di azione generale.

FENOMENI VASOMOTORII. — Fra i fenomeni vasomotorii che interessano la clinica della elioterapia hanno importanza le congestioni del polmone che sarebbero determinate dall'esposizione del torace al sole caldo. E' questo il maggior addebito che si vorrebbe fare al sole naturale ma una disamina un po' minuziosa dell'argomento può ridurre l'importanza di tale fatto entro più modesti limiti.

Come espressione di congestione si interpreta spesso l'emottisi e l'accentuazione di tutti i fenomeni stetacustici di una lesione polmonare accompagnati da un proporzionato aggravamento delle condizioni generali. Ma come poter asserire che il fenomeno sia congestizio per reazione vaso-motoria, per il brusco passaggio dal freddo al caldo o viceversa, e non lo sia invece per l'azione stimolante specifica dell'elio-terapia, come può avvenire con cure jodiche o tubercoliniche? Noi sappiamo che questi fenomeni di stimolazione possono essere, e spesso sono, dati dalla radiazione attinica che talora se non è graduata bene, determina il risveglio di una lesione latente, cosicchè l'attribuire questi incidenti alla congestione vasomotoria derivante dal sole caldo è per lo meno gratuito e non dimostrabile; che se invece gli incidenti sono, come è più logico, da attribuire all'azione di stimolo specifico della radiazione attinica allora scompare il titolo di preminenza del sole freddo artificiale sul sole caldo naturale.

Anche ammesso che l'esposizione del torace al sole caldo dia luogo a fenomeni vosomotorii questi avverranno se mai nel senso di cagionare iperemia superficiale ed ischemia viscerale. Il viceversa, cioè la vera congestione avviene nel passaggio dall'esposizione solare alle pratiche idriatiche che si sogliono fare (bagni e doccie) e che non hanno nulla a che fare con l'azione del sole. Nelle nostre colonie pratichiamo la doccia dopo il bagno di sole anzitutto per pulire i bambini che si sporcano nello sdraiarsi a terra, secondariamente per allenare i loro organismi ai bruschi cambiamenti di temperatura e farli più robusti di fronte alle malattie acute dell'apparato respiratorio. So-

pra un totale di circa 1500 bambini esposti al bagno di sole nella nostra Colonia Elioterapica di Bergamo in due anni, si è avuto un solo caso di broncopolmonite caseosa, insorta però in un soggetto che risultò essere ammalato in antecedenza e che forse sarebbesi aggravato anche senza elioterapia. Ad ogni modo il dolore puntorio insorse non dopo il bagno di sole ma dopo la docciatura: e se in questa ci sono degli svantaggi questi non possono essere addebitati al calore del sole.

Durante la visita di accettazione si riscontrarono diversi casi di infiltrazioni broncopolmonari, pleuriti secche, esiti di broncopolmoniti, catarri bronchiali torpidi, affezioni tutte che richiamarono la nostra attenzione e fecero stabilire un servizio medico di osservazione per la specialità delle malattie di petto. Ma invece di aversene i temuti risentimenti si notò miglioramento notevole in tutti i casi, che pur erano numerosi, salvo in due casi che vennero curati nel reparto speciale (bagno d'aria e di sole agli arti). Questi risultati possono sembrare in contrasto a quanto è risaputo intorno alla inopportunità della elioterapia nella tbc. polmonare degli adulti: forse la differenza di tali risultati (quando i nostri venissero controllati e confermati) è da ricercare nella differenza del carattere delle lesioni tbc. dell'infanzia e degli adulti, lesioni che nei primi sono più facilmente di tipo secondario e negli adulti più di tipo terziario.

Seguendo attentamente i bambini esposti è facile poi osservare che non c'è tosse finchè stanno al sole: essa incomincia quando i bambini rientrano all'ombra o, peggio, se si sdraiano sulla nuda terra fresca e umida.

Possiamo dunque ritenere che, i fenomeni congestizi non sono gravi nè frequenti, che è difficile dire se siano dovuti allo stimolo specifico della radiazione attinica, o alle variazioni di temperatura, che nei pochi casi nei quali avvengono sono dovuti al passaggio dal caldo al freddo, e di questo va fatto colpa al freddo dell'ambiente scelto e non al caldo del sole naturale.

Del resto questo giuoco di fenomeni vasomotori ha un'importanza grandissima nella profilassi delle malattie dell'apparato respiratorio, e quindi della tbc. polmonare. L'allenare l'organismo alle alternative del caldo e freddo vuol dire sottrarlo alle conseguenze delle cause reumatizzanti e perfrigeranti, cause che fanno più vittime fra i timorosi imbottiti di maglie e farsetti, che non fra gli amatori degli esercizi all'aria libera in genere e in special modo fra coloro che si abituano a esporsi nudi per i bagni sia d'acqua che di sole.

Questo vantaggio è ammesso da tutti: è di comune osservazione che il passare un mese ai bagni di mare preserva da raffreddori e catarri nella stagione invernale; e se questo è vero, l'elioterapia con sole naturale invece di avere un titolo di deprezzamento per i fenomeni vasomotorii ne ha uno di supremazia sulla elioterapia artificiale.

Nella pratica quotidiana dei bagni di sole la prudenza e la graduazione nell'esposizione richieste per evitare una brusca azione di stimolo specifico sono sufficienti per abituare e allenare il torace al giuoco dei fenomeni vasomotorii.

* * *

Volendo quindi riassumere un parallelo fra le prerogative dei due soli, naturale ed artificiale, possiamo elencare a favore dell'elioterapia naturale:

a) Il vantaggio enorme ed indiscusso della vita all'aperto in colonia, con tutto il suo valore di stimolo generico sulle funzioni psichiche e somatiche, nonchè sui vantaggi indiretti di educazione, ecc.;

b) la perfetta costituzione dello spettro solare che ad un minimo di radiazioni caustiche associa un *maximum* di radiazioni attiniche. Combinazione quale nessuna lampada di sole artificiale offre sinora (Baugert);

c) i fenomeni congestizi nulli con il sole freddo possono avvenire con il sole naturale nel passaggio dal caldo al freddo. Non sono quindi imputabili al calore del sole, viceversa allenano (induramento) l'organismo a sopportare le cause perfrigeranti concorrendo alla profilassi delle malattie delle vie respiratorie e indirettamente della tbc. polmonare.

A favore del sole artificiale possiamo affermare:

a) L'economia di tale cura, sì che è stata chiamata da Sauvé «le soleil du pauvre». Le persone che non possono abbandonare le loro occupazioni possono con brevi sedute, nelle ore di riposo, fare dei buoni bagni di sole artificiale conseguendo un notevole risparmio;

b) economia di tempo. Le lampade di sole artificiale sviluppano quantità enormi di raggi attinici, superiori di molto a quanto si ha anche nel sole d'alta montagna; la mancanza poi di calore aumenta ancora di circa un quinto il potere dell'energia radiante. Per questo le sedute possono essere di mezz'ora invece che di una giornata.

c) con la lampada di quarzo è possibile l'applicazione in cavità naturali del corpo nelle quali sarebbe impossibile la cura solare diretta. Il trattamento dell'ozena dà risultati brillanti con gli adatti speculi e becchi di Kromayer, insostituibili dal sole naturale. Lo

stesso valga per le applicazioni in laringe e in vagina. Se anche si potesse penetrare in queste cavità con il sole naturale sarebbero necessarie delle sedute di giornate invece che di quarti d'ora e la cosa non sarebbe praticabile;

d) con la lampada di quarzo è possibile l'applicazione più intensamente e rapidamente locale prima per la maggior quantità di raggi attinici, secondo perchè la mancata iperemia non asporta il quid curativo. Con la pressione esercitata dal blocco di quarzo si può anzi determinare un'ischemia cutanea che rende tanto maggiormente efficace l'applicazione per cura locale;

e) infine il vantaggio ovvio è quello dipendente dal fatto che il sole artificiale è sempre pronto mentre invece il naturale si fa spesso e lungamente desiderare specie d'inverno. Questo vantaggio è enorme per le popolazioni nordiche, e se la sua importanza diminuisce per il nostro paese non va perduta totalmente. Si pensi infatti al grande numero degli ospizi permanenti e di colonie elioterapiche. Si faccia il calcolo delle giornate senza sole in un anno e dello sciupio per personale e spese di degenza, del danno per la cura che talora viene a soffrire di troppo lunghe sospensioni, danno tanto più grave trattandosi di una cura specifica e si avrà subito la dimostrazione che negli Istituti di cura dal funzionamento dei quali dipende la salute di tante persone, anche un sol giorno perduto costituisce oggi un grande tesoro.

Facciamoci adunque paladini del nostro bel sole, ma allo stesso modo che di notte quando esso ci manca ci accontentiamo della luce artificiale, così nell'elioterapia non ostiniamoci a restare esclusivisti, ed arrediamo i nostri ospizi permanenti di un salone illuminato da un paio di lampade, nel quale i malati esposti a turno, potranno risparmiare giornate di malattia ai loro miseri corpi e giornate di degenza alle già troppe magre casse delle istituzioni di beneficienza.

SUNTI E RASSEGNE.

CRANIO ED ENCEFALO.

La compressione del cervello.

L'A., dopo aver fatto la storia della compressione cerebrale e aver riassunto i diversi studi sperimentali e le varie teorie emesse per la interpretazione patogenetica della sindroma, descrive alcuni suoi esperimenti di compressione esercitata sul cervello dei cani.

La compressione veniva determinata iniettando sopra la dura madre, attraverso un piccolo rubinetto avvitato nel cranio, a volte olio di vaselina, a volte vaselina al bismuto (pasta di Beck).

L'olio (prescelta per la sua scarsa assorbibilità) veniva iniettato quando l'A. voleva studiare i fenomeni ed i sintomi immediati determinati dalla compressione; la pasta invece veniva a preferenza immessa per studiare i fenomeni ed i sintomi che nei giorni e nei mesi susseguenti alle iniezioni si manifestavano.

L'A., con l'accurato studio dei fenomeni fisici e fisiologici della compressione, e specialmente degli spostamenti indotti da questa nel cervello e nel liquido cerebro-spinale, dello stato di ripienezza dei vasi meningei e cerebrali, delle deformazioni e delle alterazioni macro- e microscopiche della massa encefalica, e dei disturbi che la compressione del cervello induce a carico della coscienza, del ritmo respiratorio e cardiaco, della pressione arteriosa, della temperatura, dei vari movimenti, della sensibilità, del fondo dell'occhio, ecc., conclude:

a) Che la compressione determina nel cervello deformazioni e spostamenti i quali, a causa della compressibilità del cervello, sono ben sopportati fino ad un certo punto. Questo limite di comprensibilità varia a seconda del corpo comprimente: iniettando corpi semisolidi (pasta di Beck) l'animale può sopportare con scarsa sintomatologia una diminuzione dello spazio endocranico che non superi il 3, il 4, e talvolta il 5 %, mentre usando l'olio occorre iniettarne presso a poco una quantità doppia, ossia dall'8 al 10 % del volume del cavo cranico, prima che si manifestino i segni della compressione.

E poichè questa differenza non è dovuta alle riassorbibilità dell'olio (che non è apprezzabile, ritrovandosi questo in totalità, o quasi nel cranio degli animali sezionati) essa deve attribuirsi al fatto che, per il facile infiltrarsi dell'olio sopra una buona parte dell'emisfero compresso (non però dell'emisfero opposto)

esso esercita la compressione sopra una estesa superficie e massa cerebrale, donde scaccia via i liquidi ai quali si sostituisce nella funzione di *ovattare* il cervello; mentre al contrario la pasta, raccogliendosi sopra un punto più ristretto, comprime, deforma e sospinge maggiormente il cervello, inducendo più facilmente i fenomeni della compressione.

E queste deformazioni e questi spostamenti sono stati osservati dall'A., che ha visto deviare il corpo calloso, ridursi ed occludersi i ventricoli; spostarsi la massa encefalica verso il foro occipitale; fuoriuscire da questo verso il canale spinale il cervelletto, e specialmente il verme, e andare a comprimere il bulbo già compresso dal l. c. s. scacciato dal cranio e raccolto sotto la membrana occipito-atlantidea fortemente tesa.

b) Che alle deformazioni ed agli spostamenti deve attribuirsi grande valore nella genesi dei sintomi, alla quale indubbiamente ed efficacemente partecipa, se non attivamente certo come mezzo di trasmissione, il liquido c. s.; infatti facendo uscire questo mediante una puntura delle membrane O. A. tornano a respirare animali compressi nei quali era sopraggiunta lo stato finale di paralisi.

Detto liquor, mentre da un lato trasmettendo la compressione contribuisce al determinismo dei fenomeni fisiopatologici della compressione cerebrale, come affermarono strenuamente Bergmann e Duret, d'altra parte esercita un'azione moderatrice sugli spostamenti del crevello verso il foro occipitale, spostamenti che l'A. ha visto accentuarsi dando esito al *liquor*.

c) Che questi fattori meccanici ed idrodinamici, cioè la restrizione dello spazio cranico, l'espressione dei tessuti nervosi, le contropressioni osteo-fibrose e l'ipertensione del *liquor* non possono non causare un disturbo nel circolo cerebrale, un ostacolo alla circolazione sanguigna; causa non ultima, se non prima, dei fenomeni della compressione.

E di questo ostacolo al circolo sanguigno s'ha una prova nell'elevarsi della pressione arteriosa che va di pari passo col crescere della compressione, e che sale fino a tanto che la pressione intracranica non la superi impedendo così l'afflusso del sangue al cervello; nelle modificazioni dei vasi del fondo dell'occhio; nell'assenza (constatata macro- e microscopicamente) nei cervelli compressi di quella iperemia e dilatazione vasale affermata da alcuni autori, ed anzi nell'apparente pallore di qualche cervello.

d) Che all'esame macro- e microscopico di cervelli compressi per settimane e per mesi con pasta di Beck non si sono trovate alterazioni apprezzabili nel tessuto nervoso: non aderenze delle meningi con il cranio o fra di loro, non ispessimenti delle meningi, non infiltrazione leucocitaria, non dilatazione vasale. Nulla, insomma, all'infuori di un lieve addensamento del tessuto nervoso. Solo quando il decorso post-operatorio non fu del tutto asettico si trovò talora lieve leptomeningite a placche con reazione gliare sottostante.

e) Che, in perfetto accordo con tali scarsi reperti anatomici, nei cani sopravvissuti alla compressione esercitata con 3-4 cmc. di pasta non si osservarono che scarsissimi e transitori segni di compressione, anche se questa veniva praticata nelle zone motorio-sensitive.

f) Che il fatto di questa grande tolleranza ad una compressione esercitata con 3-4 cmc. di pasta (in cani di piccola e media taglia) mentre che iniettando appena mezzo od un cmc. in più si determinava la comparsa di gravi segni cerebrali e bulbari, ci deve far pensare che, se dapprima negli animali in esperimento la restrizione dello spazio endocranico era stato compensata dalla fuoriuscita dei liquidi ed i sintomi della compressione erano perciò inapprezzabili, la piccola iniezione ulteriore ha determinato lo svolgersi dei segni della compressione manifesta producendo i suoi effetti sia localmente, per aver vinto il limite di compressibilità della sostanza cerebrale compatibile con la sua irrorazione e la sua funzione, sia (e più ancora) a distanza per gli spostamenti del cervello e del liquor e per l'anemia che si astende al bulbo.

Per cui senza negare che la compressione possa in qualche modo agire sull'elemento nervoso perturbandone, come dice **Durante,** l'abituale stato di tensione interstiziale, l'A. è ancora una volta (oltre che per la mancata iperemia ed alterazione del cervello sottostante al corpo comprimente) indotto ad attribuire principalmente alla compressione esercitata sul bulbo e sui suoi vasi dallo spostamento del cervello e del liquor i fenomeni della compressione. Senza escludere che nella semiogenesi possono contribuire l'annllamento delle cavità ventricolari e la compressione degli elementi nervosi.

Nella parte clinica l'A. tratta più particolarmente le compressioni acute, determinate da traumi e da emorragie endocraniche, riportando anche alcune sue personali osservazioni e storie cliniche.

T. LAURENTI.

Metodo di craniotopografia rispondente alle nuove esigenze della chirurgia.

(PARLAVECCHIO. *La cultura med. moderna*, numero 6, 1924).

Il metodo serve alla delimitazione dei lobi cerebrali e del cervelletto in rapporto coi nuclei della base e colle rispettive loggie craniopachimeningee. Consta di 6 punti e 4 linee; dei punti 4 sono reali, ofrion, inion, angolo zigomatico molare, apice mastoideo e 2 convenzionali, rolandico e parieto-occipitale. Questi due ultimi si trovano nel seguente modo: si misura la linea mediana sagittale dall'ofrion all'inion, si segna la metà e l'unione dei 3/4 anteriori col 1/4 posteriore della linea stessa; un dito traverso dietro a questi due punti stanno rispettivamente il rolandico e il parieto-occipitale.

Congiungendo l'ofrion col punto parieto-occipitale, passando per il pterion, si ha una linea orizzontale superiore (linea di Poirier) e congiungendo l'angolo zigomatico-malare con l'inion la linea orizzontale inferiore (linea basilare). Queste due linee dividono la calotta cranica in 3 zone: superiore, contenente i lobi frontali e parietali, media, coi lobi temporali e occipitali, inferiore col cervelletto.

Congiungendo l'angolo zigomatico-malare col punto rolandico e l'apice dell'apofisi mastoide col punto parieto-occipitale si hanno due linee oblique, superiore ed inferiore.

La linea orizzontale superiore, che segna il pavimento della fossa cranica anteriore, incontrandosi con la obliqua superiore segna il pterion, il punto in cui si incontrano i lobi frontale, parietale e temporale, la biforcazione dell'a. meningea media, la scissura di Silvio e più profondamente l'insula e i grandi nuclei grigi; nella metà posteriore indica la direzione del ramo posteriore della meningea media e della scissura di Silvio, il solco parieto-occipitale.

La linea orizzontale inferiore indica il pavimento della fossa cranica media col seno trasverso ed il tentorio del cervelletto.

La linea obliqua anteriore divide la prima zona in due parti: l'anteriore col lobo frontale, la posteriore col lobo parietale e la scissura di Rolando intermedia.

La linea obliqua posteriore delimita in alto il lobo temporale dall'occipitale, in basso la faccia anteriore del cervelletto ed il seno venoso laterale.

Dall'insieme delle 4 linee risultano due V incastrate che delimitano una parte centrale losangica che corrisponde al lobo temporale circondato da 3 coppie di triangoli di cui i due estremi corrispondono al lobo frontale e al cervelletto, i due superiori al lobo parietale ed all'occipitale, gli inferiori all'angolo naso oftalmico ed oro-faringo-auricolare.

Da questa topografia delle zone e dei lobi si ricava quella dei solchi, dei giri e dei fochi, dei nuclei, dei ventricoli.

Così per esempio per la puntura dei 3 corni dei seni laterali si hanno i seguenti dati topografici: il corno anteriore 1 cm. in alto ed in avanti del pterion, il posteriore a metà altezza della porzione di linea parieto-occipitale-mastoidea al di sopra della orizzontale inferiore e il corno inferiore ad 1 dito trasverso sopra il centro della metà anteriore della orizzontale inferiore.

Nei due angoli inferiori estracranici sono compresi tutti i nervi, le arterie e vene che servono a mettere in comunicazione il cervello con le cavità orbitarie e nasali (angolo anteriore) oro-faringo-auricolare (angolo posteriore).

BRANCATI.

Sulla patogenesi dell'ernia cerebrale dei craniotomizzati.

(TORCHIANA. *Archivio ital. di chir.*, genn. 1924).

L'ernia cerebrale dei craniotomizzati va comunemente attribuita alla perdita di sostanza degli involucri e all'aumento della pressione endocranica che può essere prodotta da varie cause.

però non sempre in dette circostanze si produce ernia e perciò l'A. crede opportuno approfondire le nostre nozioni in proposito.

L'ernia cerebrale dal Ranzi (1863) in poi è stata interpretata in vario modo: come conseguenza di accelerato afflusso e impedito deflusso sanguigno — come conseguenza di fatti flogistici con aumento della pressione endocranica — come conseguenza di fatti meccanici con stravaso interstiziale e ventricolare o di ascesso cerebrale.

Il Leriche ha attribuito queste ernie ad un fenomeno meccanico di disorganizzazione dei tessuti aggravato da stasi per strozzamento vasale sulla breccia ossea.

Il Tenani recentemente si è accostato a queste idee distinguendo: una *procidenza cerebrale* che sarebbe prodotta da un aumento della pressione endocranico per tumore o per ascesso, ed una vera *ernia cerebrale* che si produrrebbe attraverso una piccola breccia del cranio, per edema e stasi da strozzamento vasale sul contorno della breccia. In questa i fatti infiammatori sarebbero secondari.

Il Tenani crede avvalorata questa credenza dai benefici effetti dell'ampliamento della breccia in caso d'ernia cerebrale e consiglia am-

pie cranioestomie più grandi del focolaio cerebrale corrispondente.

L'A. riporta tre casi clinici di ernia cerebrale, di cui uno guarito mediante semplici medicature che furono capaci di vincere i fatti flogistici, gli altri due morti per fatti settici, contro cui non ebbe effetto in un caso l'ampliamento della breccia.

Quindi stabilisce nei cani 8 gruppi d'esperimenti.

In un primo gruppo (3 cani) praticata una perdita di sostanza del cranio e della dura di 1-2 cm. di diametro ha cercato gli effetti della stasi venosa prodotta dall'agitazione dell'animale o dalla allacciatura delle vene e dei muscoli del collo; non ha osservato ernia cerebrale.

In un secondo gruppo (2 cani) praticata la stessa perdita di sostanza degli involucri, ha ricercato l'effetto dell'irritazione prolungata da paraffina introdotta sotto la dura periferica; e non ha osservato ernia cerebrale.

In un terzo gruppo (3 cani) praticata la solita ectomia ha indagato gli effetti della causticazione superficiale del cervello con ag. NO_3 semplice e ripetuta e non ha osservato ernia cerebrale.

In un quarto gruppo (1 cane) nelle stesse condizioni di ectomia precedente ha prodotto rapido aumento della pressione endocranica mediante iniezione (2 cc.) endoventricolare di soluzione ipertonica (2 %) di cloruro di sodio e non ha osservato protruzione del' cervello.

In un quinto gruppo (6 cani) praticate perdite di sostanza del cranio e della dura da 1 a 3 cm. ha prodotto nella corteccia sottostante ascessi da olio di trementina e in tutti i casi s'è formata ernia cerebrale con tutti i saliti caratteri anatomici.

In un sesto gruppo (1 cane) ha osservato che lo stesso fenomeno non si produce lasciando la dura integra.

In un settimo gruppo (2 cani) ha osservato che praticando la perdita di sostanza del cranio e della dura e facendo formare ascesso da trementina nell'emisfero opposto non si produce ernia.

In un ottavo gruppo (2 cani) infine producendo la stessa esperienza precedente e aggiungendo causticazione superficiale del cervello a livello della breccia ha veduto formarsi ernia cerebrale.

Dalle esperienze dell' A. risulta quindi che fatti reattivi e congestizii della corteccia anche intensi, come quelli prodotti da causticazione semplice e multipla al Ag NO_3, non sono capaci di determinare ernia cerebrale

Perciò ha motivo di opporsi all'ipotesi stasica del Leriche e Tenani contro cui depongono ancora la guarigione delle ernie in cui si arriva a vincere la flogosi, la recidiva delle ernie in seguito alla loro amputazione, il reperto anatomico di trombosi settica dei vasi dell'ernia riscontrato dall' Uffreduzzi.

I benefici effetti dell'ampliamento della breccia non costituiscono una prova esclusiva dell'ipotesi stasica potendo derivare dalle migliori condizioni ottenute per vincere la sepsi. Negata una tale ipotesi non sono giustificate le breccie craniche eccessivamente ampie con i loro pericoli, bastano breccie che permettano di rimuovere i corpi estranei e di dominare il focolaio cerebrale.

Risulta dalle esperienze che l'integrità della dura negli adulti si oppone alla formazione dell'ernia. È perciò che generalmente le ernie son sprovviste di tale involucro e che se talora come nel primo caso dell'A. presentano un sacco, questo dipende da una cicatrice sfiancata della dura. Nei bambini la dura talvolta può cedere per incompleto sviluppo.

Infine dalle esperienze dell'A. è messo in rilievo che in seguito a cranioectomia e resezione della dura aumentando la pressione endocranica a mezzo di stasi venosa o d'iniezioni intraventricolari ipertoniche o di ascessi da trementina nell'emisfero opposto, non si produce ernia cerebrale. Questa si produce invece quando l'ascesso da trementina si forma in corrispondenza della breccia cranica o quando nell'aumento della pressione endocranica per ascesso dell'emisfero opposto si aggiunge la menomazione a livello della breccia della tensione superficiale del cervello mediante causticazione (gruppo VIII).

Per cui nella patogenesi dell'ernia cerebrale bisogna prendere in considerazione tre fattori:

La perdita di sostanza degli involucri;

L'aumento della pressione endocranica;

La diminuzione o l'annullamento della tensione superficiale del mantello cerebrale.

S. GUSSIO.

Sulla puntura sottoccipidale e sull'applicazione di un nuovo apparecchio sussidiario.

(RUBOLF STAHL. *Zentralblatt für innere Medizin*, n. 31, agosto 1924).

Il procedimento di estrazione del *Liquor* dalla *Cisterna magna* a mezzo di un ago cavo fu applicato all'uomo in questi ultimi anni (1918-1924) specialmente da autori americani e tedeschi (Ward, Ayer, Wegefourth, Essick, Eskuchen, Nonne). La puntura si può praticare sia in posizione seduta, che in decubito

laterale (a preferenza destro). Nel primo caso la pressione nella *Cysterna è negativa*: il *Liquor* viene estratto, dopo avere applicato l'ago, a mezzo di una siringa di 10 cmc. Nel secondo il *Liquor* fuoriesce liberamente attraverso l'ago.

Si palpa dapprima la *Protuberantia occipitalis* e la spina dell'*Epistropheus*, indi si porta la testa in lieve flessione, così da rilasciare la musculatura del collo e specialmente il *Ligamentum nuchae*. Si punge poi esattamente sulla linea mediana, a livello dell'epistrofeo, oppure a livello del margine inferiore di questo, dirigendo la punta dell'ago in alto, in modo da raggiungere il contorno del *Foramen magnum*. Nel momento in cui si perfora la membrana atlanto-occipitale si percepisce una sensazione speciale la quale indica che si è penetrati nella *Cysterna*. La profondità di questa viene calcolata da Eskuchen a 1 cm. e mezzo, da altri a 0,25-0,50 cm. La distanza che l'ago deve percorrere per raggiungerla, a partire dalla superficie cutanea, è di 4-7 cm.

È consigliabile di adoperare aghi provvisti di una scala graduata così da poter conoscere esattamente la profondità cui essi penetrano. Si eviti qualsiasi deviazione dalla linea mediana, e si cerchi di risparmiare le vene che corrono attorno al *Foramen magnum*, benchè la loro lesione non apporti conseguenze gravi. L'anestesia locale è superflua: tutto al più si può iniettare una piccola quantità di una soluzione di novocaina-suprarenina nel punto in cui si pratica la puntura.

Secondo Eskuchen, ponendo il capo del paziente in lieve estensione si estrarrebbe il *Liquor* dai ventricoli, ponendolo in lieve flessione lo si estrarrebbe dal *Cavum subarachnoidale*. I pericoli del metodo sono scarsi quando si applichi rigorosamente la tecnica suesposta.

In qualche caso, però, si ebbero segni di lesione del midollo. Finora sono state fatte più di due mila punture nell'uomo.

I disturbi post-punctionem mancano quasi completamente; talvolta si hanno lievi elevazioni termiche, oppure lievi conati di vomito, che scompaiono però dopo 24 ore, a differenza dei fenomeni consecutivi alla puntura lombare i quali hanno talvolta una durata di parecchi giorni, e che sono forse dovuti a uno stillicidio dei *Liquor* attraverso l'apertura della dura.

Maggiore importanza pratica avrebbe la puntura sottoccipitale, se fosse confermata l'osservazione di Nonne che essa nei tumori cerebrali offre minori pericoli della P. L.

Nella encefalografia la puntura sottoccipitale offre indubbiamente dei vantaggi: se, però, essa sia da preferirsi, come vuole Eskuchen, alla P. L. è ancora *sub-judice*.

Un sussidio tutt'altro che scarso potrà forse apportare in avvenire la puntura sottoccipitale (praticata sia in posizione di flessione che estensione del capo), per la diagnosi di *bloccage* del canale vertebrale da tumore.

Ancora più notevoli potranno forse essere le applicazioni della puntura medesima in terapia, specialmente per ciò che si riferisce alla cura delle meningiti acute, data la possibilità di portare in più diretto contatto col cervello le soluzioni medicamentose. Non mancano, difatti, i casi di guarigione di meningiti purulente (Wegefourth, Ayer, Essick) e di meningiti epidemiche (Nonne) ottenute con questo metodo.

Sul trattamento della *Lues cerebri* e della *Dementia paralytica* mediante l'introduzione nella *Cysterna magna* di neosalvarsan, nulla può ancora dirsi, per quanto Pfister vanti qualche successo.

La puntura sottoccipitale è stata praticata finora, sia a scopo diagnostico che terapeutico con apparecchi improvvisati. L'A. ha costruito un apparecchio semplice, di uso facile, trasportabile, mediante il quale si può misurare agevolmente la pressione, sia positiva che negativa, del Liquor (1). Questo apparecchio ha corrisposto sempre ottimamente in tutte le 50 punture sottoccipitali praticate dall'autore.

FUMAROLA.

ARTICOLAZIONI.

Lussazione della spalla eretta.

(BERNARDBEIS e CHASSIS. *La Presse Médicale*, n. 14, 1924, pag. 149).

Gli AA. riportano due casi:

1) Donna di a. 70, la quale cadendo dal letto con la mano destra in avanti ed in basso verso il suolo non potè abbassare più il suo braccio destro, rimasto in abduzione forzata, con la faccia posteriore che si continua quasi nel piano laterale del torace. Immobilità della spalla, dolorosissima; testa omerale nell'ascella, contro la parete posteriore di questa. Pulsazione dell'arteria ascellare in avanti della testa, lussata. Gran pettorale rilasciato in contrapposto al grande rotondo ed al grande dorsale tesi. Riduzione col metodo di Mott.

2) Uomo di a. 34. Due anni prima subì altra lussazione della spalla stessa. Si è svegliato dal sonno nell'impossibilità di poter abbassare

(1) L'apparecchio si può acquistare dal *Medizinisches Warenhaus Arminia*, Rostock i.M.

il braccio destro, elevato in un'abduzione di circa 140°, diretto alquanto in avanti; i muscoli pettorali e deltoide si presentano rilasciati, muscoli posteriori più tesi; testa omerale sull'ascella. Riduzione col metodo di Mott.

La lussazione eretta realizza l'elevazione verticale del braccio, nell'impossibilità di abbassare l'arto lussato: si ha il dolore violento ai tutti tentativi di mobilizzazione.

Le cause sono rappresentate da traumatismi violenti nel braccio orientato e parato con la mano in avanti ed in alto per riparare caduta del corpo. Così caduta da una scala, con mani estese in avanti; trazione sul braccio in abduzione ed elevazione; trauma sul braccio orizzontale, e trazione in abduzione; ne consegue rottura delle capsule articolari, spostamenti in basso dalla testa omerale. In alcuni casi, come nella 2ª osservazione, con una lassità capsulare e ligamentosa anormale può bastare un traumatismo minimo.

Gli AA. basandosi: 1) sulla frequenza della rotazione interna del braccio al momento dell'accidente; 2) sulla violenza del traumatismo, il quale alle volte è minimo, fece delle esperienze per la produzione della lussazione della spalla eretta: sperimentalmente l'ottenne incidendo la capsula articolare posteriormente ed inferiormente, spingendo il braccio dall'alto in basso e dall'avanti indietro, sezionando i muscoli della grande tuberosità, ed esercitando una grande trazione sui tendini del grande dorsale e del grande rotondo. Solo con quest'ultima manovra e sotto la contrazione continuata dei muscoli grande rotondo e grande dorsale la posizione della lussazione della spalla eretta, sperimentalmente, si rende stabile.

In tale posizione il ligamento sottomerale sospende l'omero e limita la sua incursione verso il basso.

JURA.

Sui corpi liberi nella parte posteriore dell'articolazione del ginocchio.

(E. PERMAN. *Acta Chir. Scand.*, vol. LVI, fascicolo V).

Coi tagli parapatellari si mette in buona luce solo la metà anteriore dell'articolazione del ginocchio. Se un corpo libero sta nella metà posteriore e se è un po' grosso, di modo che non sia possibile spingerlo in avanti, si è obbligati di tagliare trasversalmente i legamenti laterali; cosa che può eventualmente portare in seguito disturbi funzionali. Brachett e Osgood hanno praticato un'incisione sulla linea mediana nella fossa poplitea, intervento molto difficile. Si può praticare un'incisione dorso-laterale come Waldenström e Henderson.

Un piano frontale che passa per i due ligamenti collaterali divide l'articolazione in una metà frontale e una dorsale.

Nella dorsale la sinoviale passando da un condilo all'altro, entra nell'articolazione a rivestire i ligamenti crociati e forma così un setto che contiene oltre i ligamenti crociati, grasso e vasi. L'articolazione viene così divisa in una metà mediale e una esterna. La parte mediale viene divisa dal menisco in un recesso superiore e uno inferiore. E così pure la parte esterna; in questa, la borsa poplitea che contiene l'origine del popliteo comunica col recesso inferiore per mezzo di un orificio più o meno grande che secondo l'A. è costante. Inoltre nel 10-15 % dei casi c'è una comunicazione coll'articolazione tibio-peronea; benchè è notevole che mai un processo infettivo si estende dall'articolazione del ginocchio a quella tibio-fibulare.

Tali condizioni anatomiche si mettono in evidenza anche con l'insufflazione di O. nell'articolazione.

È più frequente la localizzazione dei corpi liberi nella metà ant. Nella posteriore si è avuta 5 volte su 30. Di queste 5, in 4 si avevano anche nella metà anteriore. L'origine è la stessa: traumi - artrite deformate - osteocondrite dissecante. I sintomi sono pure gli stessi. - benchè l'incuneamento sia meno frequente, poichè un corpo estraneo nei recessi posteriori non può andare facilmente fra le superfici articolari, può però intromettersi fra la capsula e un capo articolare e dare gli stessi sintomi. Nella capsula del recesso laterale superiore c'è la «fabella» un sesamoide che sta fra le fibre del capo laterale del gastrocnemio - e che non deve essere scambiato per un corpo estraneo.

In una lastra frontale si vede dietro il condilo laterale. È sempre bilaterale per i due ginocchi.

È facile radiograficamente precisare in quale recesso si trovino i corpi mobili. Il più spesso sono nel recesso laterale sup.

I recessi laterali posteriori si aprono facilmente con una incisione fra il ligamento collaterale peroneo e il tendine del bicipite, se ci si tiene ventralmente al bicipite e non si oltrepassa la testa del perone non c'è pericolo per il n. peroneo.

I recessi mediali si aprono con una incisione fra il lig. collaterale tibiale e il muscolo sartorio.

Nella cura dell'artrite purulenta Payr consiglia con incisioni dorsali di aprire i recessi superiori post.

Kroh e Klapp hanno preconizzato le incisioni

dorso-ventrali già descritte. Marion queste insieme colle parapatellari. Payr consiglia in casi di incisioni dorso-ventrali di asportare anche un pezzo di menisco per drenare poi il recesso inferiore.

Riporta un caso di artrite purulenta metapneumonica curata col metodo di Willems cioè con piccole incisioni parapatellari e movimenti attivi.

MANFREDO ASCOLI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

Prof. Dr. HANS ZIEMANN. *Malaria und Schwarzwasserfieber.* 3ª Ediz., 1924. — Prezzo G. M. 36,40. (Fa parte dell'Handbuch der Tropenkrankheiten, herausgegeben von prof. dott. CARL MENSE. 3ª ediz.). Editore Johann Ambrosius Barth. Lipsia.

Ci arriva dalla Germania, che va riprendendo la sua vita scientifica in modo meraviglioso, la terza edizione del trattato sulla malaria e sulla febbre biliosa emoglobinurica del prof. Hans Ziemann. Essa è stata pubblicata alla fine del settembre del corrente anno ed è ad un tempo la terza edizione del terzo volume della colossale opera sulle « Malattie tropicali » edita dal prof. Mense.

Nella seconda edizione del trattato di Ziemann, comparsa già alla fine della guerra (1918), benchè rifatta in grandissima parte rispetto alle edizioni precedenti, per l'isolamento in cui allora si trovava la Germania, la nuova letteratura non poteva venir compresa che in parte. Da quell'epoca le nuove pubblicazioni in materia si contano a centinaia, fors'anche a migliaia, essendo, come ognuno immagina, una parte notevole di esse frutto della esperienza fatta in guerra dalle varie nazioni belligeranti.

Rendevasi perciò necessario a Ziemann di rivedere linea per linea la sua opera, di rifarla in parte e di accrescerla specialmente per aggiornarla coi nuovi risultati a cui è giunta la scienza. L'Autore era in grado di farlo, essendosi occupato di malaria da oltre trent'anni, essendo stato uno dei primi a confermare che la malaria umana veniva trasmessa dagli anofeli ed avendo speciale competenza per gli interessantissimi studi da lui fatti sia sui parassiti malarici nel sangue, sia dal lato patologico, clinico, epidemiologico, terapeutico e profilattico, studi continuati durante la guerra mondiale e dopo di essa, senza interruzione, in quanto egli ha prestato e presta servizio come specialista per le malattie tropicali.

Egli ha trasformata e rifatta in molti punti la sua opera, arricchendola di una numerosa quantità di fatti che nella precedente edizione non erano registrati, e vi è arrivato non superando il numero di pagine della precedente edizione, senza venir meno alla chiarezza.

Anche questa edizione dell'opera di Ziemann, mentre è adattata alle esigenze e alla coltura di qualunque medico, riesce utilissima, dirò anzi indispensabile, per gli specialisti o, come oggi si dice, per i malariologi.

Chi studia un argomento qualunque riguardante la malaria, incontra difficoltà ad ogni piè sospinto per impadronirsi della letteratura, la quale si trova dispersa nei più differenti periodici, in pubblicazioni ufficiali e in pubblicazioni a parte, fatte in tutte le parti del mondo. Aggiungasi che le recensioni sui giornali anche i più reputati (*Bulletin de l'Institut Pasteur* per esempio) sono spesse volte imperfette e talvolta erronee; che molti autori pubblicano senza tener conto della letteratura (qualche volta perfino citando il titolo dei lavori e fingendo così di conoscerli) e danno come cose nuove, cose vecchie e spesso restano indietro agli autori che li hanno preceduti, o ci ammanniscono le proprie osservazioni in maniera da non poterle collegare con quelle precedenti. Si rifletta infine che l'argomento della malaria più di tanti altri si presta ad osservazioni superficiali e inconcludenti, le quali a chi non ha speciali cognizioni su quel dato punto sembrano di non minor valore di quelle che hanno costato laboriose ricerche.

Se si tien conto di tutte queste circostanze, ognuno comprende quanto sia stata ardua e laboriosa l'impresa di Ziemann. Si prova perciò un senso di viva ammirazione per la somma pazienza di cui egli ci dà prova, arrivando in molti casi a mettere le cose nella loro giusta luce. L'opera di Ziemann è così un vero tesoro e non può mancare nella biblioteca del malariologo, che sente il bisogno di consultarla ad ogni momento. Un'opera simile non esiste in nessun'altra lingua.

Nel volume dello Ziemann la letteratura viene riportata estesamente e molto esattamente. Essa è quasi completa ed è destinata a risparmiare al lettore ricerche che richiedono un grande consumo di tempo e riescono spesse volte infruttuose.

Mi si permetta di aggiungere che chi vuole orientarsi sullo stato presente dei molteplici problemi malarici non può fare di meglio che ricorrere all'opera di Ziemann.

Partendo da questo lavoro fondamentale, per tener dietro ai progressi che si vanno facendo, basta consultare: 1) il ***Tropical Diseases Bulletin;*** 2) la ***Review of Applied Entomology,***

Series B: « Medical and Veterinary »; 3) il *Bulletin de l'Institut Pasteur;* 4) il *Bollettino malariologico*, edito a cura del dott. Verney a Roma (ultimo citato ma non ultimo di importanza).

Come già nella seconda edizione, rifulgono in questa i contributi portati da Ziemann ai vari capitoli, contributi di minore o maggiore importanza e in parte anche considerevoli. Tra questi ultimi ricorderò che lo Ziemann fu il primo a riprendere il vecchio metodo di Romanowsky omai dimenticato e praticamente quasi inservibile, e nel 1898 stabilì dopo innumerevoli tentativi che usando sostanze coloranti di determinate fabbriche e una certa tecnica, ch'egli precisò, si ottenevano risultati sicuri; e perciò risponde a giustizia storica parlare non semplicemente di colorazione Romanowsky, ma per lo meno di colorazione Romanowsky-Ziemann.

Nel campo della febbre biliosa emoglobinurica egli, profittando del ricchissimo materiale da lui stesso accumulato e vagliando criticamente una gigantesca letteratura, è arrivato a darci un quadro abbastanza chiaro di quanto finora si sa su questo argomento così complicato e ancora non sufficientemente approfondito.

Ma anche nei capitoli riguardanti i parassiti malarici nel corpo dell'uomo, l'epidemiologia, la patologia generale, l'anatomia patologica, la cura e la profilassi della malaria, l'Autore non si è limitato ad esporre quanto gli altri hanno osservato, ma vi ha aggiunto e abilmente innestato ad ogni passo anche il frutto delle sue osservazioni, assorgendo talora a concezioni originali, che sono meritevoli di molta considerazione e incitano a nuove ricerche.

Anche tutto ciò che riguarda le zanzare malarifere è bene e accuratamente riassunto e dimostra nell'Autore la conoscenza pratica e profonda di questo capitolo entomologico.

L'opera è riccamente illustrata da sette belle tavole a colori e da non poche figure nel testo.

Fa specie che gli intellettuali tedeschi, ridotti a stentare la vita, conservino immutato e vergine il loro amore, il loro entusiasmo per gli studi, che non venga loro meno la lena di consumare anni in lavori di questo genere, e che, come prima della guerra, non guardino alla nazionalità degli autori, ma soltanto ai contributi scientifici da qualunque parte provengano.

Per desiderio stesso dello Ziemann, aggiungo che la storia della scoperta degli anofeli malariferi per quanto mi riguarda, è benevola, ma non risponde del tutto a verità. Egli stesso, avendo ristudiata la questione, si propone di rimettere le cose nei loro giusti termini.

B. GRASSI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

L. BRIN et P. LEGRAIN. *Le Bismuth dans le Traitement de la Syphilis.* — D. Doin, edit., Parigi. Fr. 6.

Dei resultati di questo triennio di esperienza clinica, che ha aggiunto ai mezzi noti un altro rimedio prezioso nel trattamento della sifilide, gli AA. compilano una rassegna breve e compendiosa: breve, chè il volumetto è di sole 95 pagine; compendioso, perchè nelle poche pagine essi nulla trascurano, mirando diritto a quello che è meglio conosciuto e più direttamente utile al pratico. Rapide nozioni sulla parte sperimentale, il resto alla clinica: conoscenze farmacologiche, indicazioni e controindicazioni, i vantaggi diretti e gli accidenti bismutici assai ben riassunti, i rapporti tra cura bismutica e Wassermann, ecc. La chiarezza è cristallina, il solo svantaggio per il lettore di nazionalità non francesi è quello di essere messo al corrente solo dei prodotti francesi; ma a tale deficienza riparano in ogni paese le case produttrici, che inondano di réclame le case dei medici. In complesso ottimo volumetto che giunge a proposito, senza precipitazioni, a colmare una lacuna nella biblioteca del pratico. T. PONTANO.

G. DROUET. *Le traitement de la syphilis par le bismuth.* II ed. Un vol. di 63 pag. Maloine ed. Parigi, 1924. — Prezzo frs. 6.

Il trattamento della sifilide col bismuto ha ormai acquistato il diritto di cittadinanza ed ogni medico, chiamato a curare dei sifilitici ha il dovere di conoscerlo appieno. Dopo i tentennamenti inevitabili iniziali, la tecnica del trattamento col bismuto si è ormai affermata e precisata. Essa viene esposta con chiarezza e concisione dall'A., non trascurando di mettere in guardia contro i possibili incidenti, accennando altresì al modo di evitarli. Il volumetto fa parte della Collezione « *Les actualités thérapeutiques* » ed è alla sua seconda edizione. *fil.*

Investigations sur la serodiagnostic de la Syphilis.

È la relazione della Conferenza tecnica di laboratorio, tenuta a Copenaghen nel dicembre 1923, riguardante la sierodiagnosi della sifilide. La Reazione di Wassermann, la Sachs-

Georgi, la Meinike, la Sigma reazione sono messe a confronto, nei resultati ottenuti da esperti sperimentatori, messi nelle migliori condizioni per esaminare i medesimi sieri. La Reazione di Wassermann deve mantenere, secondo i resultati ottenuti, la preferenza tra tutti i mezzi moderni proposti per la sierodiagnosi della sifilide; le reazioni di flocculazione hanno dato resultati meno frequentemente positivi e meno concordi. Ma una conclusione importante aggiungono gli sperimentatori: *la reazione non deve essere eseguita se non da provetti sperimentatori e in laboratori particolarmente organizzati per questo genere di ricerche, laboratori che dovrebbero sempre essere in stretto rapporto coi centri ospedalieri.*

T. PONTANO.

VEYRIÈRES e R. HUERRE. *Traitement externe des Dermatoses.* Masson et C.ie, editori. Parigi, 1924. Fr. 12.

Oggigiorno in dermatologia si cerca di guarire la malattia o la lesione per mezzo delle cure interne e il trattamento esterno, forse per reazione alla vecchia scuola viennese, sembra più trascurato di quanto dovrebbe essere.

E vano tuttavia sperare che la medicazione interna e la prescrizione di regimi possano guarire da sole le malattie cutanee: alla cura esterna, con i suoi più rapidi risultati, rimarrà ognora il posto, se non unico, certo preminente.

Questo nuovo libro riassume compendiosamente il trattamento locale delle dermatosi. Vengono descritti i varii mezzi e forme di cura con riguardo speciale ai medicamenti più importanti quali il catrame, lo zolfo, il nitrato d'argento e i derivati fenolici: chiude il volume uno scelto formulario in cui gli AA. hanno riportato quanto di meglio delle loro prescrizioni, sancito da una lunga ed annosa pratica.

La parte chimico-farmacologica è svolta con ampi dettagli in collaborazione col Dr. Huerre.

La consultazione di questo recentissimo libro ci sembra rappresenterà un'utile guida e un ottimo ausilio per i cultori di dermatologia

M. AGOSTINI.

A. BENEDICENTI. *Malati, medici, farmacisti.* Opera in due volumi. — Prezzo di ciascun volume L. 55. — Editore Hoepli, Milano.

E' stato pubblicato il primo volume di quest'opera, e si annunzia prossima la pubblicazione del secondo.

Si tratta di una storia dei rimedi traverso i secoli e delle teorie che ne spiegano l'azione sull'organismo.

Al lusso dell'edizione fornita in nitida stampa e ottima carta, ricca di centinaia di illustrazioni, corrisponde il lusso del testo. L'autore da vero signore profonde una vera ricchezza di notizie. Senza abbandonare il rigorismo scientifico si compiace di riportare in bell'ordine e con dizione efficace episodi, aneddoti, ricordi letterarii, notizie bibliografiche.

Si comprende pertanto come questo libro oltre ad essere eminentemente istruttivo, riesca anche dilettevole, e come sia un libro che interessi medici e farmacisti, chimici e naturalisti.

Dr.

R. PASSINI. *Spunti di patologia carceraria.* Un vol. in 8° di 112 pag. Casa ed. La fiaccola S. Maria Capua Vetere. 1924. — Prezzo L. 15.

L'A., con la pratica fornitagli da una lunga esperienza come medico delle carceri, esamina i difetti igienici del vigente sistema carcerario e considera le malattie che ne derivano, fra cui specialmente tubercolosi, scorbuto, pazzia, proponendo rimedii, consistenti essenzialmente nel lavoro all'aria aperta od almeno in ambienti bene aereati ed illuminati, nell'alimentazione razionale, nella pulizia scrupolosa e nella rieducazione morale.

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

MARIOTTI UGO. *Relazione morale della Federazione romana delle opere antitubercolari.* — Roma, Tip. Becheroni, 1923.

MESSINA DIONIGI. *L'albuminuria nella stitichezza atonica.* — Foligno, S. Salvati, 1922.

MONTI GIUSEPPE. *L'acqua potabile in provincia di Bergamo.* — Bergamo, F.lli Bolis, 1923.

DZRÙ GARAN. *Sopra un caso di endocardite maligna (con stenosi mitralica) durante la infezione maltese.* — Cagliari, Virgilio Musanti, 1922.

OVAZZA V. E. *Una profilattica imposta sul baliatico mercenario.* — Roma, Tip. Leonardo da Vinci, 1923.

ROMANO GENNARO. *Cloroformio-Etere etilico H M C (Abbot) nella pratica chirurgica.* — Cava dei Tirreni, E. Di Mauro, 1922.

ID. *La coagulazione del sangue secondo le moderne vedute della scienza in rapporto alla terapia delle emorragie.* — Napoli, Nicola Jovene & C., 1922.

ID. *Intervento conservativo in ferita lacero-contusa della gamba destra, con frattura dello scheletro.* — Napoli, F. Sangiovanni & F.

SALMONI GUIDO. *Contributo allo studio del Megacolon nell'adulto.* — Milano, Soc. Ed.-Libraria, 1923.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Circolo di coltura di medicina e chirurgia nell'Università di Catania.

Seduta del 30 agosto 1924.

Azione dei sali di manganese, cerio, bario, stronzio sulla emoglicolisi in vitro.

Prof. G. IZAR e dott. M. TERMINI. — Lo studio della emoglicolisi fu da Claude Bernard ad oggi oggetto di molteplici ricerche dirette a precisarne la natura e le leggi che la governano.

Accettata ormai dai più l'ipotesi di Lépine e collaboratori e di Rona e collaboratori che la emoglicolisi sia un fenomeno vitale degli elementi morfologici del sangue sopravviventi, vennero studiate l'influenza favorevole degli alcali e impediente degli acidi, le condizioni *optimum* di temperatura, l'azione dell'ossigeno e dell'anidride carbonica.

Mancava invece un'analisi metodica dell'influenza dei sali e colloidi inorganici sul fenomeno fermentativo, analoga a quella condotta dalla nostra scuola sul processo autolitico, tanto più interessante nel momento attuale col rifiorire degli studi sul ricambio degli idrati di carbonio.

Ci servimmo per queste ricerche di sangue umano prelevato a digiuno, defibrinato e colato su garza e ripartito nella quantità di 5 cmc. in cilindretti a tappo a smeriglio. Ad una della prove (controllo) si aggiungeva 1 cmc. di sol. di fluoruro di sodio al 3 % per inibire la glicolisi; ad una seconda prova (testo) si aggiungeva 1 cmc. di soluzione clorosodica all'1 %; alle altre 0.5 della soluzione del sale in esame in diluizioni decrescenti e 0.5 cmc. di soluzione clorosodica al 2 %, in modo da mantenere ad un dipresso l'isotonia.

Chiusi ed agitati i cilindretti si lasciavano per 10 ore in termostato a 37°, poi si dosava lo zucchero col metodo di Bertrand (lievemente modificato).

I risultati di una prima serie di ricerche con i cloruri di manganese, cerio, bario e stronzio, dimostrano:

1) il cloruro di cerio in diluzioni dall'1‰ all'1 per 10 milioni non spiega azione alcuna sulla emoglicolisi; in diluizioni minori (1 %) esercita una azione impediente;

2) il cloruro di bario in diluzioni dall'1 % all'1 per 1 milione spiega azione favorizzante sulla emoglicolisi;

3) il cloruro di stronzio, inattivo a concentrazioni minori, spiega azione debolmente favorizzante nelle diluzioni da 1 per 1 milione ad 1 per 10 milioni:

4) il cloruro di manganese in diluzione all'1% spiega azione impediente; concentrazioni minori favoriscono invece la emoglicolisi; l'azione del manganese è ancora sensibile con quantità infinitamente piccole quali si hanno nelle diluzioni all'1 per 10 miliardi;

5) quest'azione favorizzante del cloruro di manganese non fu ugualmente intensa in tutti i campioni di sangue esaminati, presentando talvolta delle curve irregolari e limitandosi altre volte alle concentrazioni più forti;

6) il sangue prelevato a soggetti due ore dopo abbondante pasto gode di proprietà glicolitiche meno spiccate del sangue prelevato agli stessi soggetti a digiuno.

Influenza delle piccole dosi di zucchero sulle proprietà devianti e agglutinanti del siero di sangue.

Prof. G. IZAR e S. FORTUNA (allievo interno). — Le pubblicazioni recenti della scuola di E. Meyer sulle reazioni colloido-clastiche ci inducono a comunicare in riassunto i risultati di ricerche da tempo condotte sull'influenza che piccole dosi di zucchero spiegano sulle proprietà devianti ed agglutinanti dei sieri.

1) la somministrazione per os di 100-200 gr. di saccarosio abbassa sensibilmente il potere deviante aspecifico (o impediente) del siero di sangue: rende invece più evidenti le proprietà devianti specifiche dei sieri luetici in presenza di antigene fegato luetico;

2) analoghe variazioni nelle proprietà devianti del siero di sangue si ottengono anche coll'iniezione sottocutanea di soli 10 cmc. di soluzione di glucosio al 4,7% in acqua distillata, mentre nessuna variazione si osserva dopo l'iniezione di uguali quantità sia di soluzione isotonica di NaCl, sia di albumina di uovo al 10%;

3) le variazioni nel potere deviante si mettono in rilievo fra la prima e la sesta ora dopo l'iniezione e sono in generale molto più forti quando l'iniezione si pratica in soggetti a digiuno ai quali il giorno precedente fu somministrato un purgante salino (40 gr. solfato soda);

4) analoghe variazioni si osservano pure nel potere agglutinante del siero di soggetti affetti da infezione bruceana dopo la somministrazione per os di 100-200 gr. di saccarosio o l'iniezione sottocutanea di piccole quantità di glucosio (da 1 a 10 cmc. della sol. al 4,7%). Dalle ricerche sinora condotte tali variazioni appaiono più spiccate quando il siero del soggetto in esame possiede scarso potere agglutinante e quando i soggetti in esame non abbiano di recente assunto un purgante.

Sindrome agromegalica e raro reperto radiologico.

Prof. E. AGUGLIA. — Presentazione di caso clinico e descrizione del reperto radiologico consistente in piccolissimi nuclei di calcificazione ben visibili nella sella turcica, che non presenta alcuna anomalia di forma o di struttura. Discussione per l'interpretazione della sindrome (discussione: G. IZAR). S.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero.

S. Forsdike (*Clinical Journal*, 1924, p. 126) osserva che la sintomatologia classica completa si ha solo negli ultimi periodi. Piccole emorragie intermittenti, spontanee o da lievi stimoli, debbono mettere sull'avviso. Secrezione fetida si ha per infezione, quindi è tardiva, specie nelle vergini. Il dolore è sempre sintomo tardivo, di diffusione del tumore: quando compare il dolore, esso non è più operabile radicalmente. Il dimagrimento è pure un segno molto tardivo.

L'unico segno precoce è quindi una emorragia irregolare: ne va tenuto conto in ogni età, poichè ve ne è qualche raro caso anche sotto i 20 anni. La massima parte dei casi insorge tra i 40 e i 55 anni, quando le irregolarità mestruali della menopausa mascherano le emorragie neoplastiche.

Di diagnosi difficile anche all'esplorazione è il cancro che comincia nell'interno del canale cervicale: qualche goccia di sangue che scende dal collo lo fa sospettare. Talvolta, specie nelle donne anziane, non è facile con l'esplorazione e l'ispezione fare la diagnosi. A collo scomparso, come talora accade in donne vecchie, il tumore può esser rappresentato da una fossetta del fondo vaginale, sanguinante, di consistenza dura. Il tumore può essere confuso con un'erosione papillare o una cervicite, e benchè la friabilità sia un carattere abbastanza netto e sicuro, tuttavia spesso è necessario ricorrere alla biopsia e all'esame microscopico.

DORIA.

Topografia del versamento sanguigno in un caso di rottura di gravidanza extrauterina.

La ricerca dei segni fisici (M. CHATON, *Presse Médicale*, n. 56, 1924) dell'emorragia interna è di capitale importanza per la diagnosi di rottura di una gravidanza tubarica. Fra i due tipi, estremi e classici, dell'ematoma localizzato nel DOUGLAS, riconoscibile con la palpazione, e della vasta inondazione peritoneale in cui domina la sintomatologia delle grandi emorragie, esistono delle forme intermedie, rivelate dalla ottusità mobile dei fianchi. A queste forme medie l'A. crede di riportare un ematoma localizzato nel piccolo bacino, mostrante una sintomatologia propria, constatato dall'A., operatoriamente, e che potrebbe essere designato col nome di ematoma pelviparietocolico sinistro. Due casi ne hanno rivelato, uno l'esistenza, l'altro la patogenesi: nel primo l'A., l'ha constatato nella sua porzione superiore, in seguito a una interpretazione diagnostica errata che lo aveva indotto a intervenire sulla regione epigastrica per perforazione di ulcera gastrica, e poi nella porzione bassa pelvica, quando, corretta la diagnosi nel corso dell'operazione, ha esplorato il piccolo bacino con una incisione sottoombelicale; nel secondo, intervenendo con una diagnosi precisa, l'A., ha direttamente ricercato l'ematoma nella sua porzione iniziale pelvica. Durante questi due atti operatori, l'A., ha potuto precisare facilmente i limiti di questa collezione sanguigna, che sono, da un lato, la cavità pelvica e il bordo laterale sinistro dell'addome, e, dall'altra, il fondo cecale dilatato, l'ansa omega sollevata a guisa di barriera col suo meso, il colon iliaco e il colon discendente. Due condizioni sono necessarie perchè la porzione ileopelvica del colon possa costituire una tale barriera: che l'intestino sia ripieno di gas, e che abbia un meso lungo. Il contenuto gassoso rende leggero l'organo e lo fa galleggiare in un mezzo liquido rappresentato qui dal sangue versato nel piccolo bacino, mentre la lassità del meso permette all'intestino di portarsi a contatto della parete per costituire un riparo alla irruzione del sangue nel resto della cavità addominale.

Dal punto di vista diagnostico nella sindrome addominale acuta, la nozione di questa speciale topografia dell'ematoma nel caso di rottura di gravidanza extrauterina, può avere qualche importanza. Per tale evenienza è utile la ricerca, nella esplorazione addominale con la percussione, oltre che della ottusità mobile classica, anche della ottusità fissa del fianco sinistro e della regione sovrapubica, che può costituire il segno d'un versamento sanguigno circoscritto pelvi-parieto-colico sinistro.

A. PICCINELLI.

Un segno di espulsione della placenta in vagina.

F. W. Mikulicz-Radaelli (*Zentralblatt für Gynec.*, 1924, pagina 1090) ricorda un segno già noto per pratica alle levatrici, e cioè il senso di pressione sul retto, percepito dalla paziente. La sua ricerca non impone manovre non sempre innocue come la pressione sull'addome per vedere se si riesce a provocare la sporgenza del cordone (segno di Kustner).

DORIA.

L'analgesia ostetrica per mezzo del solfato di magnesio e di morfina.

Gwathmey nel 1921 preconizzò l'uso della morfina in unione col solfato di magnesio, per via ipodermica, come atto a ridurre la quantità di narcotico da inalarsi durante le operazioni.

T. W. Adams (*Am. Jour. of Obst. and Gyn.*, vol. VIII, n. 3, sept. 1924), onde lenire il dolore nelle partorienti, ha applicato il metodo, usando l'iniezione endomuscolare di una soluzione di solfato di magnesio chimicamente puro al 25 %, alla quale si aggiunge del solfato di morfina.

Sessanta partorienti furono così trattate; il travaglio non fu prolungato, l'emorragia non fu eccessiva, nessuna madre risentì danno dall'iniezione, e la percentuale dei nati asfittici fu pressochè eguale a quella dei nati da madre non sottoposta a nessun trattamento analgesico.

La dose giusta è risultata essere quella di 2 cent. cubici della detta soluzione di solfato di magnesio, e di 1 centigrammo circa di morfina. Solo nel 21,5% dei casi l'iniezione si dovette ripetere.

Perchè si abbiano buoni risultati bisogna però che il metodo venga usato prima che la dilatazione abbia raggiunto i 5 centimetri.

Se i successi ottenuti dall'A. saranno confermati da altre numerose applicazioni, il metodo potrà entrare nella pratica corrente, data la sua grande semplicità.

M. FABERI.

Cura degli stati patologici del periodo del secondamento.

Premessa una breve descrizione dei segni che ci fanno edotti dell'avvenuto distacco della placenta, H. Heidler (*Wien. Klin. Woch.*, n. 33, 1924), descrive gli stati patologici di questo periodo del parto.

Se dopo la nascita del bambino è trascorsa circa mezz'ora e la placenta non è stata ancora espulsa, potrà trattarsi di una semplice ritenzione: Placenta adhaerens, dovuta ad un affievolimento delle contrazioni dell'utero per cause varie. Ma potrà invece trattarsi di: Placenta incarcerata, per crampo uterino, facilmente vinto dalla narcosi, oppure di un caso, invero rarissimo, di: Placenta increta, in cui le cellule del corion, per atrofia della mucosa interna, si impiantano profondamente nella muscolatura. In simili casi sarà necessario ricorrere all'estirpazione dell'utero.

Nel caso invece più frequente di placenta adhaerens si potrà tentare il cosidetto « riempimento », consistente nell'iniezione di 300 cent. cubici di soluzione fisiologica sterile nella vena ombelicale, da ripetersi per 2-3 volte ad intervallo di mezz'ora. Altri tentativi consisteranno nell'iniezione di sostanze toniche uterine (segale cornuta, preparati ipofisari), nella espressione alla Credè, e, infine, quando tutto è fallito, nel distacco manuale, il quale però espone la puerpera a serio pericolo qualora i suoi genitali siano sede di infezione e nel caso che già esista uno stato febbrile.

Nella patologia del secondamento occupano poi un posto importante le emorragie, dovute talora a lacerazioni, talora a inerzia uterina. Il primo incidente è facile ad esser vinto, mentre il secondo richiede cure più lunghe e laboriose, che vanno dal massaggio dell'utero all'iniezione di preparati ipofisari ed ergotinici, e, in casi estremi, alla compressione dell'aorta addominale per mezzo di svariati apparecchi.

Nel caso che si sia dovuto procedere al distacco manuale della placenta, se l'emorragia continua, l'A. consiglia di tentare l'iniezione di 1 cent. cubico di pituglandolo nel corpo [illegible]rino stesso, attraverso alle pareti addomi[illegible] controllo della mano che ha eseguito [illegible]operazione.

In secondo tempo, cessata l'emorragia, non si trascurerà di usare i cardiocinetici, l'ipodermoclisi, le trasfusioni sanguigne.

M. FABERI.

Cura dei vomiti della gravidanza.

I vomiti gravidici, che si presentano in genere tra la 6ª e la 14ª settimana, e più frequentemente nelle primipare, assumono talora una fisionomia di eccezionale gravità.

Tra le varie teorie emesse per spiegarne la genesi, vi è quella di Harding e Duncan, secondo la quale avrebbe importanza una deficienza di glicogene nel fegato materno.

In un caso occorso a S. E. Denyer (*The Brit. Med. Jour.*, n. 3324, sept. 1924), il successo della cura praticata costituisce una conferma di questa teoria.

Tale cura consisterebbe in:

1) Riposo in letto.

2) Lavaggio dello stomaco con soluzione di bicarbonato di sodio (1/2-1 litro di soluzione all'8 per mille).

3) Iniezioni ipodermiche ogni 3 ore di 1/4 di milligrammo di adrenalina, o somministrazione del medicinale per bocca, in dose di 1/2-1 milligrammo in un poco di acqua, fino a cessazione del vomito.

4) Alimentazione rettale con 1/2 litro circa di siero fisiologico contenente 15-30 gram-

mi di glucosio, con l'aggiunta di piccola quantità di bicarbonato di sodio. La sera vi si aggiungerà anche grammi 1,50 di bromuro di potassio, per deprimere l'eccitabilità nervosa e procurare il sonno.

5) Ripresa dell'alimentazione gastrica in maniera progressiva, cominciando con piccole dosi di acqua.

M. FABERI.

Un metodo di cura dei casi gravi di dismenorrea.

Dopo aver brevemente accennato agli svariati sistemi di cura proposti in tutti i tempi per combattere i gravi dolori della dismenorrea, F. A. Cleland (*The Am. Jour. of Obst. a Gyn.*, vol. VIII, n. 3, sept. 1924) descrive il metodo da lui applicato in 230 casi, con felice risultato.

Premessa una distinzione in casi di dismenorrea con lesione patologica grossolana, per i quali la cura consiste nella rimozione di detta lesione, e in casi senza lesione apprezzabile, costituenti la cosidetta « dismenorrea essenziale », l'A. emette l'ipotesi che, prescindendo dalle eventuali cause di tale seconda forma, la sede del disturbo risieda nell'orifizio interno.

Quindi, sebbene da lungo te[illegible] canale tamento della dismenorrea sia stata usata [illegible] dilatazione cervicale, l'A. ha proceduto ad una dilatazione più profonda, che comprende anche l'orificio interno.

Tale dilatazione vien fatta per mezzo dei dilatatori di Hegar, e se giunti al n. 10-11 si incontra una resistenza eccessiva dell'orifizio interno, si praticheranno su questo due incisioni longitudinali.

In genere sarà sufficiente giungere ai numeri 14-15.

Al termine dell'operazione la cavità uterina e cervicale saranno tamponate stipatamente con garza sterile all'iodoformio, da rimuoversi dopo 8 giorni.

Talvolta le pazienti accusano un aumento dei dolori per 1-2 giorni dopo l'operazione, e sarà necessario somministrare della morfina.

Solo una minima percentuale delle 230 operate non risentì vantaggio alcuno: in genere quasi tutte notarono rapidamente la scomparsa dei dolori; le mestrazioni si rinnovarono regolarmente, e in molte si ebbero gravidanze e parti regolari.

M. FABERI.

La terapia delle vulvo-vaginiti infantili.

L'importanza dell'argomento è rappresentata dalla frequenza della malattia e dalla difficoltà della cura. C. Tenconi (*Annali di Ostetricia e Gin.*, n. 2, 1924) porta un contributo clinico notevole, derivato dall'osservazione di 303 casi, e giunge a conclusioni terapeutiche assai interessanti. Dallo studio batteriologico dei casi si hanno questi dati etiologici: gonococchi 27,7 %; cocchi Gram-resistenti 56 %; forme bacillari 16 %. La cifra dei reperti positivi per il gonococco va considerata come inferiore alla realtà.

Le vulvo-vaginiti gonococciche sono specialmente frequenti nelle classi povere (promiscuità, contatti con biancherie sporche, ecc.), talvolta sussistono più o meno latenti dalla nascita (infezione materna, parto podalico), ed evolvono spesso senza grandi sintomi, con scarsa tendenza a propagarsi all'uretra e alla vescica, mentre provocano più facilmente processi di cervico-metrite. Sono tra le infezioni locali più ribelli ai soliti sussidi terapeutici, per mesi e per anni, con remissioni e false guarigioni. Sono stati per ciò tentati mezzi fisici, chimici, biologici: bagni caldissimi, febbre artificiale, diatermia; iniezioni di metalli colloidali, di sieri e di vaccini (specifici, aspecifici, auto- ed etero-); sostanze chimiche ad azione locale come il solfofenato di zinco, l'acido picrico, ossicianuro di mercurio, liquido dei [illegible]e numerose altre soluzioni antiblenorragiche [illegible] l'efficacia di tutti questi rimedi è una [illegible] incerta.

Il Tenconi è ritornato alla soluzione di nitrato di argento 1 %, o a diluizioni più forti nei casi acutissimi, e ritiene che se una certa importanza per l'efficacia della cura ha il medicinale prescelto, il successo dipende essenzialmente dalla tecnica usata, diversa dai soliti e numerosi metodi (irrigazioni con sottili cateteri, istillazioni, paste, ecc.). L'applicazione, col solo strumentario di una siringa di vetro da 20 c.c., viene così eseguita:

Collocata la bambina in posizione sacrodorsale sul lettino, si divaricano le grandi labbra, esercitando una leggera pressione in basso onde mettere in luce l'orificio imenale. Caricata la siringa con la soluzione di nitrato d'argento 1 %, s'introduce nell'orificio imenale il breve beccuccio della siringa stessa, appoggiando poi il fondo di questa contro le parti molli del contorno vulvare, onde venga impedito il reflusso del liquido durante l'iniezione. Tenendo sempre la siringa nella direzione del canale vaginale, e quindi in direzione dall'alto in basso, si spinge con dolcezza il pistone. Si incontra in questa manovra una certa reazione elastica che contrasta l'avanzare al pistone, e che rappresenta la resistenza che offrono le pareti vaginali al liquido che le distende. Vincendo con dolcezza questa piccola reazione elastica, che qualche volta è aumentata da

premiti da parte della bambina, si viene ad iniettare in vagina quasi tutto il contenuto della siringa, senza che il liquido rifluisca all'esterno, e che la paziente avverta disturbi. La vagina è così tutta dispiegata, e i secreti rimossi. Dopo circa 50" si abbandona lo stantuffo, che si rialza respinto dal liquido che rientra nella siringa per la pressione esercitata dalla vagina. Si inietta ancora, per 5-6 volte, in vagina con lieve pressione, quindi si toglie la siringa permettendo il deflusso del liquido all'esterno. Questa semplice manovra è ben tollerata, provoca raramente qualche dolenzia di breve durata al basso ventre (forse qualche crampo uterino, forse qualche spostamento provocato dalla distensione sugli annessi già ammalati). La bassa pressione, la scarsa quantità di liquido, la strettezza degli orifici dei dotti uterini e tubarici non rendono possibile l'evenienza di contatti del liquido col peritoneo. Il trattamento si pratica a giorni alterni, completato con cure sussidiarie (lavande esterne, semicupi, cure ricostituenti generali), e continuato variamente nei vari casi, ora influenzati rapidamente ora a lungo dopo 50 e più iniezioni. I risultati prossimi e lontani sono stati complessivamente assai favorevoli, tanto che in oltre la metà dei casi l'A. ha potuto accertarsi dell'assenza di ogni sintomo della malattia, il che, tuttavia, non autorizza, a rigore, il giudizio di guarigione definitiva.

Nelle vulvo-vaginiti non gonococciche l'A. usa pure la soluzione di nitrato d'argento all'1 % con la medesima tecnica: bastano di solito due o tre medicazioni a portare la guarigione completa. A. PICCINELLI.

La tecnica per la fecondazione artificiale.

Secondo S. R. Meaker (*Boston medical and surgical Journal*, 11 sett. 1924) vi sono due indicazioni essenziali per la fecondazione artificiale: la presenza di fattori meccanici che impediscano l'arrivo del seme alla cervice e quella di condizioni cervicali, ostili agli spermatozoi in modo tale da impedire che questi, una volta depositati sulla superficie, arrivino nella cavità uterina. Per procedere alla fecondazione artificiale, è poi necessario che il seme sia perfetto per quanto riguarda il numero, la mobilità e la forma degli spermatozoi e che le condizioni del tratto genitale femminile oltre il collo uterino, siano normali.

È consigliabile procedere alla fecondazione nella casa stessa della paziente, se non altro per il fatto che in tal modo, il seme sarà più fresco; si sceglierà il tempo immediatamente dopo la fine della mestruazione; il seme si raccoglierà in un condom.

Messa la paziente in posizione ginecologica, si applicherà lo speculum bivalve, e si asciugherà bene la cervice, tenendola eventualmente ferma con una pinza. Nel caso in cui si intenda fare l'iniezione endouterina, ci si assicurerà della pervietà del collo. La siringa e la cannula si scaldano in acqua alla temperatura del corpo; aspirato il seme, lo si inietta poi nel canale cervicale o nella cavità uterina in quantità non maggiore di due gocce, altrimenti è probabile che insorgano coliche uterine.

La fecondazione si potrà ripetere ad intervalli mensili per quante volte si creda. È bene anzi avvisare la paziente che può essere necessaria la ripetizione. In un caso dell'A., la gravidanza si verificò dopo il terzo insemenzamento.

fil.

EPIDEMIOLOGIA.

Considerazioni epidemiologiche sulla febbre tifoide.

E. Bajla (*La medicina italiana*, 1924, n. 2), in venti anni di pratica per la profilassi delle malattie infettive, ha osservato che a Milano la caratteristica epidemiologica della febbre tifoide è rappresentata dalle localizzazioni rionali. Anche quando i casi sembrano sparsi per tutta la città, una disamina attenta e diligente fa riconoscere ed individuare l'esistenza di diversi focolai. Sono appunto queste localizzazioni rionali che devono rappresentare il punto di partenza delle indagini dirette a portare un po' di luce sul problema ancora oscuro dell'eziologia della tifoide, accertando anzitutto se tale fatto si verifichi anche altrove. Comunque per Milano, esso è innegabile e viene indagato dall'A. per vedere di trovare quale sia la causa che agisce più o meno contemporaneamente sugli abitanti di uno stesso quartiere. L'A. esamina quindi le diverse condizioni che possono incolparsi della trasmissione della tifoide.

1) *I contagi diretti.* Non sembrano frequenti e, d'altra parte, risulta più facile che si verifichino diversi casi di tifoide negli inquilini dello stesso casamento, ma di appartamenti diversi, anzichè nello stesso appartamento. Vi deve dunque essere una causa unica che agisce sugli abitanti di uno stesso quartiere.

2) *L'acqua.* La diminuzione della tifoide si è verificata a Milano, come in altre località, dopo che si è approvvigionata la città con acqua di pozzi profondi e sicuri; ma un'analoga diminuzione si è anche osservata per

altre malattie infettive. Qualche raro episodio riferibile a diffusione idrica si è verificato, ma in genere, i malati di tifoide hanno dichiarato di bere l'acqua comunale condottata, superiore ad ogni sospetto.

3) *Il latte*. Anche per questo si sono osservati episodii ad esso riferibili. Molti malati però riferiscono di non aver mai fatto uso di latte, mentre la maggior parte dichiarava di usarlo solo dopo bollito. D'altra parte, il latte, all'arrivo viene raccolto in grandi depositi da cui viene mandato agli spacci sparsi in località anche lontane.

4) *Le verdure*. Queste vengono spesso incolpate, tanto più che, anche a Milano, molta parte della popolazione le consuma crude e così accade per il 57-64% dei malati. Ma la distribuzione di esse dal mercato ai rivenditori è fatta in modo che le verdure della stessa provenienza vanno spesso a finire in spacci opposti. Poco o nulla si possono incolpare le ostriche per il raro uso che se ne fa.

5) *Altri alimenti* (carni conservate, gelati, ecc.) non hanno mai richiamata l'attenzione.

Le mosche, pure potendo agire da trasmettitori del contagio, non possono spiegare le localizzazioni rionali. Neppure si è mai trovata una relazione qualsiasi fra tifoide e lavori di sterro. La causa delle localizzazioni rionali della tifoide rimane dunque ancora ignota.

L'A. fa poi rilevare che la tifoide si presenta con i caratteri di una malattia di stagione. Essa appare soprattutto in rapporto con la temperatura atmosferica. Rarissimi i casi nell'inverno ed in primavera, mentre l'infezione assume carattere epidemico nell'estate e nell'autunno, salvo qualche rara esplosione primaverile di cui non fu possibile rintracciare la causa. Sarebbe dunque l'elevata temperatura la condizione che favorisce lo sviluppo della tifoide e che può agire in due sensi, cioè determinando una virulentazione dei germi, oppure una minore resistenza degli individui. L'A. ritiene che, nei mesi caldi, venga menomata l'azione antisettica dello stomaco in causa della minore acidità del succo gastrico, troppo diluito per l'eccesso di bevande. Consiglia quindi l'uso di bevande acide (limonea vegetale) contro le infezioni intestinali in genere e la tifoide in specie. Sull'efficacia di questo provvedimento c'è però da rimanere assai dubbiosi, sia perchè è dubbia l'azione germicida, nell'organismo, di bevande ad acidità non elevata, sia perchè l'introduzione di tali bevande può agire sfavorevolmente sulle funzioni gastriche, già affievolite, sia infine perchè, dopo le ricerche di Sanarelli, la teoria della infezione gastro-intestinale da parte di germi come il colera e la tifoide, va perdendo terreno; e, del resto per la tifoide è ormai accertato che la localizzazione intestinale è un fenomeno secondario ed è quindi improbabile che la bevanda acida arrivi ad agire sul germe per la via gastro-intestinale.

Giustamente osserva poi l'A. che le sopra accennate osservazioni a proposito della funzione dei contatti e dell'acqua nella trasmissione della tifoide non devono per nulla far desistere dalle misure profilattiche che si adottano attualmente. Il relativo isolamento, le disinfezioni, l'approvvigionamento di buona acqua rimangono sempre cardini su cui poggia la profilassi, anche se per le migliorate condizioni igieniche, tali fattori non hanno oggi l'importanza di un tempo nella trasmissione della tifoide.

fil.

L'importanza del contagio famigliare nella tubercolosi infantile.

Un'inchiesta sistematica condotta da P. Armand-Delille e A. M. Famin (*Jour. de Méd.*, Paris, n. 34, 1924), su 300 bambini ricoverati in padiglione di tubercolosi, ha portato alla conclusione che in 215 di tali casi, riguardanti forme aperte, il contagio famigliare fu sicuro nel 65%. Ma la percentuale sale al 100 per 100 se si considerano anche i contagi probabili.

Si può dunque dire che, tutte le volte che si è di fronte a un caso di tubercolosi in un bambino, se ne deve dedurre che esiste od è esistito un caso di tubercolosi aperta contagiosa nell'ambiente famigliare, donde sorge evidente l'opportunità di procedere ad un'inchiesta rigorosa per scoprire il soggetto portatore di germi, e di cercare con tutti i mezzi di impedire ulteriori contaminazioni.

M. FABERI.

La diminuzione della febbre gialla.

La lotta contro le zanzare, condotta con energia da Gorgas all'Avana, da O. Cruz a Rio Janeiro e nel Brasile, e dai governi delle repubbliche centrali americane, sotto l'impulso e con l'aiuto della Rockefeller Foundation, ha ridotto notevolmente, e in molti luoghi ha fatto scomparire la febbre gialla. L'Avana e Rio Janeiro sono attualmente libere dal flagello. (*Journ. A. M. A.*, 12 luglio 1924).

D.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Il problema del rachitismo.

Nella patogenesi del rachitismo due sono i fattori predominanti: luce e nutrimento; tutti gli altri hanno importanza minima.

Ciò è dimostrato da quanto avviene per gli animali: togliamoli dal loro ambiente di vita naturale ed assoggettiamoli all'addomesticamento, ed ecco che in essi appaiono i segni caratteristici della rachitide.

Esaminando il genere di vita che menano gli uomini nei vari continenti, R. Hamburger (*Deut. Med. Woch.*, n. 33, 1924), fa notare come tra le razze polari sia sconosciuto il rachitismo. Qui infatti è il fattore nutrimento che interviene, perchè il cibo, composto esclusivamente di pesce, uova di uccelli, e sopratutto di grassi animali, è talmente ricco di fattore vitaminico A, da supplire alla deficienza di luce solare e di igiene. A tal proposito è assai interessante l'osservazione fatta da Mellamby presso gli abitanti dell'isola Lewis nelle Ebridi, i quali, sebbene abitino in promiscuità cogli animali domestici in capanne di torba e sassi, sprovviste per lo più fin del comignolo, e sebbene i loro bambini non sian fatti uscire da tali tuguri se non quando camminano, pur tuttavia non conoscono la rachitide. Ebbene, il loro cibo usuale è costituito da latte, uova, farina d'avena e fegato di pesce.

Per le razze viventi nelle zone equatoriali è al contrario l'elemento luce che ha il massimo valore, perchè il loro nutrimento, composto di frutta, verdura, olii e carboidrati vegetali, è poverissimo di contenuto vitaminico. Se quindi non intervenisse la luce solare come elemento regolatore della mineralizzazione organica, la rachitide sarebbe frequentissima, come si osserva nelle caste più alte di tali razze, che rinchiudono donne e bambini in abitazioni anguste e poco illuminate.

Per le razze della zona media, infine, i due elementi intervengono contemporaneamente, e i molti casi di rachitismo che in esse si osservano sono in massima da riportarsi alla deficienza dell'uno o dell'altro.

Circa all'importanza da attribuirsi ai sali di fosforo nella patogenesi della malattia, è oggidì da ritenersi, secondo le ultime ricerche degli autori americani, che il loro ricambio è direttamente influenzato dagli stimoli fisici e alimentari rappresentati dalla luce e dal vitto vitaminico.

Per quanto poi riguarda la tetania, sebbene la questione non sia ancora del tutto chiarita, è pur tuttavia netta la sua correlazione col rachitismo e non ha trovato ancora smentita l'ipotesi di Moro della «crisi ormonale primaverile», per la quale dallo stato di acidosi rachitica si passerebbe facilmente, nei predisposti, allo stato di alcalosi tetanica.

È quindi logico che, pur non escludendo la terapia sintomatica della tetania, quella causale sia rappresentata dal trattamento antirachitico.

M. FABERI.

VARIA

La psicologia di Don Giovanni.

In uno studio sull'argomento. G. Marañon osserva che il tipo di Don Giovanni è antico quanto il mondo; non mancò nei tempi biblici e, certamente, Sodoma e Gomorra brulicavano di innumerevoli Don Giovanni. Nei versi di Ovidio, troviamo una vera pedagogia dongiovannesca, mentre in tutti i paesi di tutti i tempi si ripete il mito e si osserva il tipo di questo singolare conquistatore dei cuori femminili. Don Giovanni ci appare come l'uomo che consacra tutta la sua vita esclusivamente al culto dell'amore per la donna. Per la maggior parte degli uomini, esso è quindi ritenuto come l'emblema della virilità, come l'uomo per eccellenza, che tutti gli altri invidiano esplicitamente od in segreto. Come tale, esso è, secondo Marañon, un individuo di bassa condizione mentale e di fragile struttura morale. Osservato senza pregiudizii letterari o filosofici, esso è «un povero ruffiano senza intelligenza e senza interesse; le sue avventure non sono che un tessuto di ingiustizie e, spesso, di canagliate. Egli è, in fondo, un irresponsabile, poichè opera per un comando imperioso delle sue condizioni organiche». Battezzato con un nome altisonante, la sua leggenda passa dalla Spagna in Italia, in Francia, in Germania, in Inghilterra e, dovunque, passa anche la sua insolenza, fra la segreta ed invidiosa simpatia degli uomini e delle donne. Nuovi miti si uniscono a quello della mascolinità; la ribellione contro le leggi di una società e di una morale meschine; il perdono di Dio al peccatore che, come la Maddalena, ha tanto amato, la trasformazione in un tipo che dovrebbe rappresentare, secondo alcuni, il risultato di una selezione anatomica e mentale. Qualche autore ha paragonato erroneamente Don Giovanni a Don Chisciotte od a Faust, amatori intellettuali, oppure a Werther, che ha invece il tipo emo-

tivo. Del tutto opposto a Don Giovanni, è Otello, dallo spirito elementare, vincitore degli uomini nella battaglia della vita, che gravita, come spinto da una forza cosmica, verso una donna debole e dolce di squisita e pura femminilità. L'amore di Otello è spontaneo ed irriflessivo, al contrario di quello di Don Giovanni, che è meditato, freddo e senza rischi.

Caratteristico è il contegno di Don Giovanni nella vita sociale; egli vive unicamente per amare le donne e, ricco di censo, non ha altra professione se non forse qualche occupazione decorativa. Inadatto per la lotta sociale, esso è un uomo di notoria incapacità mentale, sebbene non sia privo d'ingegno, sappia scrivere abbondantemente ed abbia una sua certa filosofia, alquanto superficiale. Negli artisti, nei grandi uomini, anche se la loro esistenza è piena di accidenti amorosi come accade per Goethe, l'amore è ben lungi dal riempire tutta la vita. Don Giovanni, invece, non fa niente altro che amare, perchè non possiede altre attitudini; in lui si sposta il centro di gravitazione sessuale, che normalmente risiede nella donna. E, senza differire gran che dagli altri uomini, turba le anime femminili e le attrae verso di sè, con una tecnica di seduzione, che non ha subìto notevoli variazioni nei secoli.

Ma vi sono altre caratteristiche del dongiovanni, che si prestano a commenti biologici: tali la sua tattica di dare pubblicità alle avventure, la passione per i giuochi d'azzardo, il suo narcisismo e la facilità a mentire, per cui la bugia costituisce la sua vera natura. I suoi caratteri morfologici poi sono ben diversi da quelli del temperamento ipergenitale, ragione per cui esso non può essere un forte amatore, fatto, questo, che viene comprovato anche con l'osservazione dei dongiovanni della vita reale e per le stesse confessioni delle vittime. Resterebbe però a decidere se, in realtà, la donna sia meglio attratta dal forte e non piuttosto dall'abile amatore, argomento di trattazione delicata e già trattato anche recentemente da una collega francese. Per le accennate considerazioni, Marañon, seguendo le idee della scuola di Freud, ritiene che Don Giovanni, invece di rappresentare il tipo nettamente mascolino, come si giudica dai più, rivesta una tendenza inversiva e sia, dal punto di vista anatomico e psichico, squisitamente femminile. A tale conclusione si arriverebbe anche osservando i tipi delle donne di Don Giovanni, che sono o di sessualità complicata, *limitrofa*, con tendenza a superare il sesso contrario, oppure di sessualità attenuata, con mentalità curiosa o francamente isterica.

Una donna normale, padrona del suo cervello e del suo sesso, potrà amare fortemente, dentro o fuori le norme sociali e religiose, ma non verrà mai sedotta da un dongiovanni, per il quale non sentirà niente altro che un movimento di curiosità. La voce segreta ed infallibile dell'istinto l'avvertirà che, dietro all'apparenza ingannatrice, si nasconde la debolezza. Anche questa donna che non cede alle sue seduzioni, contribuisce però a mantenere la leggenda; come madre, avrà una mal simulata compiacenza per i trascorsi dongiovanneschi del figlio e, persino come moglie, proverà un sentimento inconfessato di vanità; la stessa Ines della leggenda intercederà presso il Dio di giustizia e metterà a repentaglio la propria salvezza per ottenere quella del suo ingannatore.

Marañon ritiene che sia prossima la fine del regno dei dongiovanni e che una delle caratteristiche dell'umanità futura sarà quella di una vita sessuale semplice e chiara, libera da miti di simil fatta.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Medici di bordo. — Al dott. L. D. V., da P.:

Forse nell'anno venturo avranno luogo esami per l'autorizzazione a viaggiare come medico di bordo, ma nulla è stabilito in proposito. Per eventuali schiarimenti rivolgersi al momento opportuno agli uffici sanitari di Prefettura, ovvero all'Ufficio Affari Generali della Direzione Generale della Sanità Pubblica - Roma.

C.

Riflesso addomino-cardiaco. — Al dott. A. Sacchi, da Galzignano (Padova).

Per provocare il riflesso addomino-cardiaco di Livierato si mette il paziente in posizione supina, con le gambe semiflesse sulle coscie e le coscie semiflesse sul bacino, invitandolo a tener aperta la bocca e a rilasciare le pareti addominali. Si delimita l'aia di ottusità assoluta del cuore. Si imprimono quindi ripetute scosse brusche sulla linea mediana dell'addome, dall'epigastrio all'ombellico, fino a che il paziente comincia ad ansare. Si delimita nuovamente l'aia di ottusità assoluta del cuore. Per maggiori particolari e per lo studio clinico del riflesso può consultare la pubblicazione del dott. Leonardo Grossi: « I riflessi cardiaci provocati e loro valore diagnostico » (ed. Barabino, Genova).

MELDOLESI.

Tecnica dell'oscillometro di Pachon. — All'abb. n. 1271:

La tecnica per la determinazione della pressione arteriosa mediante l'oscillometro di Pachon è diversa a seconda del modello di bracciale: usando il nuovo bracciale di Gallavardin (a due saccoccie embricate) deve prendersi come pressione arteriosa massima quella alla quale, dopo ottenuta la scomparsa completa del polso, ricominciano le oscillazioni dell'ago oscillometrico. Invece col bracciale tipo antico a una sola saccoccia, la pressione massima è quella alla quale le oscillazioni dell'ago aumentano d'improvviso e nettamente. La pressione minima, con qualsiasi modello di bracciale, è quella alla quale le oscillazioni incominciano a diminuire nettamente di ampiezza, cambiando contemporaneamente di forma. Lo oscillometro di Pachon, in confronto allo sfigmomanometro di Riva-Rocci, dà, in genere, valori superiori di circa 20 mm. di Hg. Per maggiori notizie, e sopratutto per il valore clinico della ricerca, La consigliamo di ricorrere al classico libro di Gallavardin: «La tension arterielle en clinique», ed. Masson, Parigi.

MELDOLESI.

Trasporto di cadaveri in bare comuni. — Al dott. G. J., da V. d. B.:

Il Regolamento di Polizia mortuaria, 20 agosto 1892, n. 448, prescrive che la cassa per la inumazione e le nicchie per tumulazione debbano contenere un solo cadavere. Pur non accennando esplicitamente al trasporto, si deve intendere che, anche per esso, valga la stessa disposizione. Evidentemente il trasporto in bare comuni di più cadaveri rappresenta un fatto talmente eccezionale che non è nemmeno stato contemplato nel regolamento. Esso va combattuto, oltre che per ragioni igieniche, anche per il senso di ribrezzo che può destare la promiscuità di parecchi cadaveri in una sola bara. Non si comprende, del resto, il vantaggio di trasportare più cadaveri in una bara comune, quando poi al cimitero si debbano levare ed introdurre in altrettante casse separate.

Quanto ai cuscini ed alla biancheria che, dopo il trasporto, vengono riportati alle rispettive case, non si potrebbe parlare di pericolo vero e proprio, tenuto conto che anche nella casa tali oggetti rimangono sempre a contatto del cadavere fino al momento della chiusura nella cassa. Nel caso della bara comune, il contatto è prolungato di poco, ma rimane sempre la naturale ripulsione verso il contatto con altri cadaveri.

Queste considerazioni valgono quando si tratti di malattie comuni. Nel caso di quelle infettive, entrano altri elementi per il giudizio, nel senso ovvio di una proibizione. A maggior ragione poi, si dovrà vietare la strana usanza per quelle malattie infettive per le quali esistono nel citato regolamento disposizioni speciali.

FILIPPINI.

Al Dott. G. P. da Lioni:

Consulti UMBER. *Le malattie del ricambio.* (Unione tip. editrice, Torino).

fil.

All'abb. n. 1429:

Consulti A. PIPERNO. *Salute.* Istituto italiano di Igiene e previdenza sociale, Via Marco Minghetti, Palazzo Sciarra, Roma.

fil.

Al Dott. F. R. da S.:

Per usare il titolo di specialista, è necessario aver ottenuto il relativo diploma, secondo le norme stabilite dallo Statuto delle singole Università. Sono eccettuati i professori ordinari e i liberi docenti della materia che è oggetto della specialità. Tale disposizione ha effetto retroattivo. Il corso di perfezionamento al quale lei accenna non è efficace.

S.

Al Dott. F. Martini da Legnago:

Per dosare lo zucchero del sangue risponde bene il micro-metodo di Bang recentemente pubblicato nel giornale *Problemi della nutrizione,* n. 1. Redazione, via S. Nicolò da Tolentino, 53-A.

MARINO.

Al dott. G. N., abb. n. 9857:

Per l'acquisto dell'apparecchio per il pneumotorace, si rivolga a qualsiasi ditta che commercia in ferri chirurgici od anche in apparecchi per chimica. Per ovvie ragioni non possiamo qui darle nessun indirizzo di ditte, ciò che costituirebbe una pubblicità, alla quale il nostro periodico si mantiene, nel testo, del tutto estraneo.

fil.

Al dott. Ciro Compare, Fontaniva (Padova):

Per la misura della pressione arteriosa sono consigliabili nella pratica lo sfigmomanometro di Riva-Rocci con bracciale di Reklingausen alto 15 cm., oppure l'oscillometro di Pachon.

MELDOLESI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per un tributo di riconoscenza a Luigi Silvagni.

A tutti i medici d'Italia,

Già nel Congresso degli Ordini dello scorso aprile la vivacità delle discussioni sulla sorte futura della Federazione ha avuto un episodio di simpatica unanimità nella cordiale acclamazione che ha salutato in Luigi Silvagni l'abile, appassionato, infaticabile Presidente per tanti anni della nostra Federazione, di cui Egli ha, per riconoscimento concorde, saputo tener alto sempre il prestigio, adoperandosi con fine diplomazia, con illuminata serenità, con cavalleresca correttezza di modi a coordinare le attività degli Ordini per il bene della Classe medica.

È venuto ora spontaneo in noi il proposito che di quelle acclamazioni avesse a restare un ricordo tangibile che all'illustre caro Uomo dica come salda e imperitura sia la riconoscenza dei Medici italiani per l'opera Sua. E si è pensato che nulla, forse, sarebbe al Silvagni gradito quanto un'offerta fatta, in Suo onore, a quel *Collegio degli Orfani in Perugia*, che deve essere sacro all'interessamento affettuoso di tutti i Medici e i cui bisogni sono sempre purtroppo superiori ai mezzi finanziari di cui può disporre. Si è per ciò pensato di invitare i Colleghi tutti a contribuire a quest'offerta che sarà presentata nel nome di Silvagni, insieme a un indirizzo che resti a Lui quale ricordo dei nostri sentimenti di gratitudine e di affettuosa devozione.

Alla fine del recente Congresso, da cui la Federazione è risorta, in una atmosfera di pacificazione, a una nuova fase di sua vita, la proposta ha avuto la calorosa approvazione dei convenuti, alla quale ci è lecito sperare abbia a corrispondere abbondante affluire delle offerte.

La quota individuale di contribuzione è fissata in *Lire Dieci*, che si prega inviare direttamente al dott. G. Pugliesi a Roma (via Livenza, 7). Si raccomanda vivamente *la maggiore sollecitudine*, mettendo come limite per la raccolta dei fondi il *31 dicembre del corrente anno.*

Se alcuno vorrà aver cura di farsi centro di sottoscrizioni fra i Colleghi nel proprio centro d'influenza, farà cosa assai gradita; e in tal caso l'invio della somma raccolta dovrà essere accompagnata dai nomi e residenza dei sottoscrittori.

All'opera dunque e vediamo di farci onore.

Dott. GIOVANNI PUGLIESI - Dott. ACHILLE VACINO - Dott. ENRICO VILLA.

Ci associamo *toto corde* a questa manifestazione, che intende di onorare, nel prof. Silvagni, un apostolo dell'elevazione sociale e professionale della classe medica, alla quale egli ha consacrato con fervore tanto tesoro di operosità, d'intelligenza, di fede.

Avviamo anche noi una sottoscrizione.

Sottoscrizione del « Policlinico »:

Si sono sottoscritti, per la quota fissata di L. 10: R. Alessandri, V. Ascoli, T. Ferretti, G. Dragotti, A. Filippini, T. Pontano, L. Pozzi, G. Selvaggi, L. Verney. — A riportare L. 90.

NOTA. Le quote, di L. 10 ciascuna, possono essere rimesse al nostro periodico, che ne darà notizia e provvederà ad inoltrarle al dott. Pugliesi.

MEDICINA SOCIALE.

Le funzioni dell'ufficiale sanitario ed i suoi rapporti con i medici privati e le autorità.

G. Pecori (*Annali d'Igiene*, marzo 1924) nell'esaminare la interessante questione, osserva che nella medicina preventiva, debbono esistere stretti rapporti fra le autorità sanitarie ed i medici liberi esercenti. Questo dovrebbe essere tenuto costantemente presente da tutti i medici ma, purtroppo, non sempre si verifica. Manca troppo spesso, non soltanto una razionale cooperazione fra medici liberi esercenti ed autorità sanitarie, ma anche un qualsiasi affiatamento. La stessa denuncia obbligatoria delle malattie infettive è talora ritenuta nulla più che una odiosa formalità fiscale. Il timore di perdere il cliente trattiene poi alcuni medici privati dalla osservanza della legge, dalla applicazione di norme profilattiche domestiche, la cui trascuranza arreca sovente danni alla collettività. A queste considerazioni egoistiche, i medici che si rispettano non dovrebbero soggiacere; essi dovrebbero invece fare opera di educazione presso i clienti e dimostrare l'utilità delle misure che si devono adottare. Una cordiale intesa con gli ufficiali sanitarii non solo renderebbe più efficace la profilassi, ma renderebbe anche assai meno sensibili quelle piccole molestie che i provvedimenti profilattici possono arrecare ai privati.

Se poi noi volgiamo l'attenzione ai piccoli Comuni, dove le funzioni di ufficiale sanitario sono per lo più riunite nella stessa persona del medico condotto, unico sanitario esistente nel Comune, altri inconvenienti, di natura diversa, ma non meno gravi si verificano. Ivi, non più il medico che teme di perdere il clien-

te, è il medico condotto, che teme addirittura di perdere il posto (specialmente quando non abbia acquistato il diritto alla stabilità), allorchè debba far rispettare le leggi sanitarie al sindaco od all'assessore che le trasgrediscono.

E che questi timori non siano ingiustificati, lo dimostra il fatto che di essi si fecero più volte portavoce uomini di alta autorità in pubblici consessi. Fra questi l'On. Prof. Sanarelli che, alla Camera dei Deputati, disse un giorno: « Come può l'ufficiale sanitario attendere a far rispettare leggi e regolamenti quando si trova a dover colpire gli stessi maggiorenti del Comune, nelle cui mani è affidata la sua tranquillità? Come ufficiale governativo potrà farlo, e potrà anche ricoverarsi sotto l'egida della legge, ma chi salverà poi le spalle di questo povero medico condotto dall'ira e dalla vendetta dei suoi superiori diretti ? »

Per evitare questi inconvenienti ogni Comune dovrebbe avere il proprio ufficiale sanitario, dipendente dal Governo, oppure si potrebbero avere degli Ufficiali sanitarii intercomunali. Ma entrambe queste soluzioni importano un onere finanziario non indifferente per i Comuni. La nuova legge (30 dicembre 1923) con l'istituzione di medici circondariali tende a ridurre gli inconvenienti, in quanto che i medici condotti, ufficiali sanitarii, difesi anch'essi, nella loro posizione giuridica, si sentiranno più forti e più coraggiosi ad applicare anche nei piccoli centri le disposizioni che sono stabilite a tutela della salute pubblica.

La stessa legge, precisando gli obblighi dei medici liberi esercenti per la profilassi delle malattie contagiose, rende più stretti i rapporti fra essi e gli ufficiali sanitarii. Ed aggiunge giustamente che « l'esercizio delle professioni sanitarie, a differenza delle altre professioni, deve considerarsi non soltanto dal lato del privato interesse, ma anche e soprattutto da quello pubblico quali gli riconoscono, presso di noi, tradizione e diritto costituito ».

fil.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

CONCORSI A CATTEDRE UNIVERSITARIE:

Firenze: Patologia speciale medica. Scad. 15 dic.

Palermo: Anatomia patologica; Patologia medica; Chimica biologica. Scad. 19 dic.

BELLUNO. — Direttore dispensario celtico; lire 3000. Scad. 30 dicembre.

BELLUNO. *Ospedale Civile.* — Direttore del Gabinetto Radiologico; L. 6220 e 4 aumenti decimo, c.-v.; compartecipaz. utili. Scad. ore 17 del 26 dic. Tassa L. 50. Serv. entro 15 gg.

BERBENNO (*Sondrio*). — L. 6000, ridotte a 5250 nel biennio di prova; trasferta L. 750; uff. san. L. 500; doppio c.-v. Scad. 20 dic.

CASTEL S. NICCOLÒ (*Arezzo*). — 1ª condotta, per otto parrocchie; abit. 3725 di cui 400 pov. circa; lire 9000 e quattro quinquenni decimo (fino a lire 12.600); cav. L. 3000. Scad. 21 dic. Età lim. 40. Tassa L. 50.10.

COPPARO (*Ferrara*). *Ospedale Civile Mandamentale.* — Chirurgo primario; L. 12.000 oltre indenn. complem. L. 3000 e 60 % atti operativi e gabinetto radiologico. Medico prim.; L. 10.000 oltre indenn. complem. L. 3000. Aiuto chirurgo; L. 3500 oltre indennità compl. L. 1200 e 15 % introiti, vitto e alloggio. Cinque quadrienni decimo. Tassa concorso L. 50. Docum. alla Segreteria. Scad. ore 19 del 31 dic. Età massime rispettive 40, 45 e 30 anni. Per i primi due posti libera docenza, per il terzo biennio di assistentato in cliniche od ospedali principali. Per ulteriori limitazioni e notizie chiedere annunzio.

COTRONE (*Catanzaro*). *Congreg. di Carità.* — Chirurgo primario direttore dell'Osped. Civ. « San Giovanni di Dio »; L. 6000 e 50 % proventi derivanti da interventi chirurgici. Scad. 31 dic. Età mass. 55 al 31 ott. Chiedere annunzio.

FANO (*Pesaro Urb.*). — Chirurgo condotto primario, con obbligo del servizio nell'Osped. di S. Croce, dipendente dalla Congregaz. di carità, e annesso laboratorio; L. 10,500 e dieci bienni ventesimo; indennità operati paganti. Età lim. 40 (per gli ex combattenti 45). Tassa L. 50.10 all'Ufficio Tesoreria comun. Accettaz. entro 5 giorni, assunz. entro 20. Scad. 10 gen.

FOIANO DELLA CHIANA (*Arezzo*). — Per la frazione Pozzo. Proroga al 20 dic.

MONDOLFO (*Pesaro Urb.*). — Consorzio con Fano per la condotta di Marotta; L. 7000 e cinque quadrienni decimo; per cav. L. 3000. Età lim. 40.

SULMONA (*Aquila*). — Zona occidentale; L. 6000 per 1000 pov. su 7000 abit., 4 quinq. decimo e quota complement. attualm. di L. 3000. Scad. 31 dic. Età lim. 45 a. In corso d'approvaz. miglioramenti.

VERGATO (*Bologna*). — Scad. 20 dic. Due condotte. L. 9000 e quattro quadrienni decimo; primo c.-v.; L. 3000 cav.; tassa conc. L. 50.

NOTIZIE DIVERSE.

La sanità pubblica in Parlamento.

Discutendosi il bilancio del Ministero dell'Interno, varî oratori hanno richiamato l'attenzione del Governo sui problemi sanitari; l'on. Gabbi ha elogiato l'istituzione di uffici d'igiene nei comuni che superano 20.000 abitanti, il che permetterà d'intensificare la difesa sanitaria, ed ha deplorato che buona parte dei 39 milioni di gettito della tassa sugli spettacoli siano stati assorbiti dal Ministero delle Finanze; l'on. Messedaglia si è occupato di varie malattie sociali; l'on. Salvi della malaria. Il ministro on. Federzoni ha risposto che il Governo si rende conto dell'importanza della sanità pubblica, cui non lesina i mezzi. Per combattere la malaria sono state fatte erogazioni sempre maggiori, dirette alle piccole bonifiche e alla provvista di chinino; per le malattie veneree sono stati aumentati gli ispettori e i medici degli ambulatori e verrà presentato un disegno di legge sul ricovero dei venerei poveri; la tubercolosi viene combattuta; per la lebbra, che una statistica fa oggi ascendere a 223 casi, sono stati presi energici provvedimenti; la pellagra è quasi scomparsa; è in corso un nuovo progetto di legge per la difesa della maternità e dell'infanzia. Nel primo quadrimestre del presente esercizio sono stati autorizzati mutui, per costruzione di acquedotti, per la somma di 48 milioni, dei quali 27 nel Mezzogiorno. Verranno presentate due proposte per il riordinamento dei luoghi di cura ed una riforma per la regolarizzazione delle amministrazioni di beneficenza.

Al Senato l'on. Wollemborg, presidente della Commissione di finanza, ha svolto un o. d. g. affinchè gli utili della gestione del chinino di Stato siano per intero destinati alla lotta contro la malaria, secondo il concetto informatore e le disposizioni delle leggi sul chinino di Stato (22 dicembre 1900 e successive).

Il sen. Grassi ha svolto un'interrogazione, affinchè venga nominata una Commissione che istituisca esperimenti su di un nuovo rimedio proclamato superiore al chinino. Il ministro on. Federzoni ha avuto parole di alta considerazione per l'interrogante, ma ha osservato che le prove cliniche di controllo sui nuovi rimedi esulano dalla competenza del Ministero, e, per esso, della Direzione generale della Sanità pubblica.

Centenario di Charcot.

La Società di Neurologia di Parigi ha preso la iniziativa di celebrare il centesimo anniversario della nascita di Charcot. È stato costituito un Comitato organizzatore, il quale ha ottenuto l'alto patronato del presidente della Repubblica, del presidente del Consiglio dei ministri, del ministro della P. I., del ministro del Lavoro e dell'Igiene, del presidente dell'Accademia delle Scienze, ecc.; presidenti onorari del Comitato sono: P. Marie, Pitres e P. Richer; presidente effettivo Babinski; segretario generale Souques, membri otto antichi allievi, i componenti l'Ufficio della Società e l'editore Pierre Masson.

Commemorazione del prof. Ghilarducci.

Il 5 corr. per iniziativa della Società Romana fra i cultori dell'Elettrologia e della Radiologia si è tenuta in Roma, nei locali dell'Istituto radiologico dell'Università, la commemorazione del prof. Francesco Ghilarducci.

Intervennero il comm. Frascarelli in rappresentanza del ministro Casati, il prof. Pediconi per il R. Commissario Cremonesi, il preside della Facoltà sen. Pestalozza, anche per il Magnifico Rettore, il gen. Riva per il direttore generale della Sanità Militare, il comm. prof. Messea direttore generale della Sanità Pubblica, quasi tutti i professori della Facoltà Medica, un nuvolo di liberi docenti e di medici, fra cui moltissimi radiologi. Inviarono adesioni il Presidente della Società Italiana di Radiologia Medica, prof. Bertolotti, i proff. Maragliano, Sgobbo, Busi.

Il prof. Alessandrini, vice presidente della Società, dopo aver accennato brevemente allo scopo dell'adunanza, quello cioè di onorare la memoria dell'illustre scienziato morto due mesi or sono, che era il presidente della Società stessa, diede la parola al preside di Facoltà. Il sen. Pestalozza ricordò l'opera svolta dal defunto studioso in questi ultimi anni, per organizzare la lotta contro il cancro, e fece voti perchè la nobile iniziativa venga proseguita e intensificata. Parlò poi il sen. Sanarelli, che fu compagno ed amico del Ghilarducci a Parigi, ove ambedue dopo l'Università si erano recati per perfezionarsi nelle discipline mediche; con commossa parola egli mise felicemente in luce le qualità dell'Estinto, che più d'ogni altro egli aveva potuto apprezzare nella diuturna comunione degli studii. Poche affettuose parole di rimpianto disse il prof. Attilj per gli allievi. Da ultimo il prof. Mingazzini fece la sintesi del carattere, dell'opera e dell'*animus* col quale il compianto Ghilarducci intraprese il duro cammino della scienza e dell'insegnamento. Disse come Egli fu un artista, uno scienziato, un innovatore nella branca da lui coltivata, a cui dette poderosissimo impulso mettendo l'Italia in prima linea, con i suoi originalissimi e geniali studi. Per la bontà dell'animo, per la modestia, per il profondo disinteresse che lo condussero povero alla morte, disprezzando le ricchezze che avrebbe potuto trarre dalla sua posizione, l'oratore cita i versi di Dante che mai ebbero più adeguata e giusta applicazione:

Che se il mondo sapesse il cor ch'egli ebbe
Mendicando la vita frusto a frusto
Assai lo loda e più lo loderebbe.

G. MELDOLESI.

Commemorazione del prof. Bassini.

In un'adunanza del Regio Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti, il prof. Davide Giordano, chirurgo primario di Venezia, ha fatto l'elogio di Edoardo Bassini, innanzi ad una folla di soci e di invitati.

In onore di Naunyn.

Si è solennizzato recentemente l'85° compleanno del prof. B. Naunyn.

Sebbene egli abbia lasciato la vita universitaria fin dal 1904, continua però le sue ricerche sul diabete e sulla colelitiasi; prepara anche un volume di ricordi.

Una medaglia d'oro al prof. G. Fumarola.

Il premio Baccelli per il 1923, consistente in una medaglia d'oro al «*merito clinico*», è stato, con voto unanime della Commissione, assegnato al nostro collaboratore prof. Fumarola, Aiuto nella R. Clinica delle Malattie Nervose e Mentali di Roma.

Congratulazioni sentite al valente studioso.

Il nuovo Consiglio del Sanatorio di Ariccia.

Si è riunito a Roma il nuovo Consiglio del Sanatorio di Ariccia, fondato dall'ex direttore del «Giornale d'Italia» sen. Bergamini. Il presidente rieletto, principe Ludovico Chigi, e gli altri componenti prof. Melloni, prof. Serono, cav. Damiani e dott. Della Seta, hanno preso in diligente esame i vari problemi che si connettono alla esistenza dell'istituto.

Per disciplinare la pubblicità nel campo terapeutico.

Innanzi alla Camera dei deputati francese è stato presentato, dall'on. Ernest Couteaux, un progetto di legge secondo il quale la *réclame* ai prodotti e ai procedimenti medici viene consentita solo nei giornali di medicina, onde limitare i pericoli e i danni derivanti dall'impiego non controllato di rimedi e di metodi curativi da parte dei profani.

Il progetto di legge, preceduto da una relazione, consta di un solo articolo così concepito: «Sono severamente vietati tutti gli annunzi di trattamenti medici o di preparazioni terapeutiche nei giornali, o mediante prospetti, o in altra guisa, fatta eccezione per i periodici scientifici inviati esclusivamente a medici. Le violazioni a questo disposto sono passibili della prigione da 5 a 30 giorni o di un'ammenda fino a 5000 franchi, o dell'una e l'altra di queste due penalità. Nei casi di recidiva la pena viene raddoppiata».

Il progetto Couteaux ha sollevato le proteste dei produttori di specialità i quali avranno solidale la stampa politica che dalla *réclame* alle specialità trae lauti guadagni e non intende affatto di rinunziarvi, qualunque danno possa venirne al pubblico!

Scene spiacevoli all'esame per l'internato a Parigi.

Al concorso per medici interni negli Ospedali di Parigi il tema di patologia medica, «Tipi clinici dell'encefalite epidemica (letargica)», non fu gradito alla maggioranza dei 600 candidati; avvennero proteste violente e anche tumultuose ed infine il risentimento fu espresso... perforando le gomme degli automobili che appartenevano ai commissari.

Invece il tema di patologia chirurgica, sul cancro della lingua, ottenne il generale consentimento.

I deplorevoli incidenti avvenuti hanno destato vivaci commenti nella stampa medica francese, quasi tutta dichiaratasi ostile ai candidati.

Condanna per prescrizione di stupefacenti.

Il Bollettino Ufficiale degli Ordini del Veneto (n. 9, pag. 6) reca che il dott. Lojacono di San Pietro in Volta è stato condannato dal Pretore a L. 2000 di multa, spese e tassa di sentenza, per avere prescritto stupefacenti senza segnare nella ricetta nome ed indirizzo del cliente.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Off. Tip. Sandron. L. POZZI, ed. resp.

IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA

diretta da GUGLIELMO BILANCIONI

Professore di Clinica Oto-Rino-Laringojatrica nella R. Università di Pisa

Lo sviluppo sempre più rigoglioso della **Otó-rino-laringojatria** *intesa nei suoi moderni confini chirurgici, i rapporti sempre più intimi con le altre specialità — come l'oculistica, la neurologia, la stomatologia, nel campo pratico, come la fisica acustica, nel campo dottrinale, — il necessario addestramento per ogni specialista nella tecnica delle diverse endoscopie, nella conoscenza di quanto si fa nel campo della fonetica fisiologica e nella rieducazione uditiva, nella prassi medico-legale, rispetto agli infortuni della vita civile e agli esiti delle lesioni di guerra, le sempre nuove esigenze che portano i medici militari a contatto delle esperienze imprevedute dell'aviazione, rendono necessario che tutta questa materia di studio sia diffusa, discussa, vagliata in un periodico agile e alla portata di tutti i medici colti. Questo si propone* " **IL VALSALVA** ".

Il nome del grande anatomico e chirurgo, dell'incomparabile autore del **De Aure humana,** *oltre che un auspicio, vuol essere la sintesi di un programma di serietà di lavoro, di continuità d'intenti, di praticità di propositi.*

In Italia non mancano periodici che trattino di **oto-rino-laringojatria,** *ormai gloriosi per lunga serie di anni e per l'autorità dei fondatori: basti ricordare gli* **Archivi italiani di laringologia,** *iniziati dal compianto Massei quando ancora questa branca era bambina, l'* **Archivio italiano di otologia** *dovuto a Emilio De Rossi e al Gradenigo, infine la collezione degli* **Atti della Clinica Oto-Rino-Laringojatrica di Roma** *diretta dal Ferreri.*

Ma queste pubblicazioni che appaiono a periodi di tempo più o meno distanziati, hanno un còmpito al quale noi non aspiriamo poichè esse rappresentano dei tesori di lavoro scientifico, ove trovano adatta sede le memorie originali anche ponderose e le più minute ricerche di laboratorio.

" **IL VALSALVA** ", *senza rinunciare al carattere strettamente scientifico, si propone un ufficio più modesto, ma altrettanto utile; poichè vuole portare con ritmo frequente e regolare allo specialista e al medico versato la parte viva e più appassionata di tutte le questioni attuali dell'oto-rino-laringojatria moderna, il frutto dell'esperienza di quanti, e ormai sono legione, si occupano con solerte amore di questo ramo di studi.*

Noi desideriamo che la regolarità della pubblicazione, la brevità degli articoli originali, delle riviste sintetiche, delle recensioni, del ricco notiziario, delle discussioni del giorno che dovranno porre in luce le affinità e le interferenze di varie specialità vicine e i loro rapporti con la medicina e la chirurgia generale, vengano a costituire un organo indispensabile all'affinamento intellettuale di tutti coloro che s'interessano a queste discipline.

Il fatto che la rivista, come germoglio da un robusto tronco, nasce accanto ad un periodico che ha acquistato, come **Il Policlinico,** *diritto di cittadinanza nella biblioteca di tutti i medici italiani e per opera di un editore attivo e intelligente, è nuova garanzia della nobiltà del nostro programma.*

Confidiamo nell'aiuto e nel consenso dei colleghi pensosi dei progressi della coltura medica nostra.

Roma, dicembre 1924. *LA DIREZIONE.*

Nel promuovere questa nuova intrapresa giornalistica, la nostra Amministrazione ha voluto andare incontro ai *desiderata* espressi da molti medici pratici, i quali sentono il bisogno di perfezionarsi e di tenersi al corrente dei progressi compiuti nel campo dell'otologia, della rinologia e della laringologia.

La nostra Amministrazione metterà ogni impegno nel secondare e nel coadiuvare gli sforzi della direzione affidata all'illustre prof. GUGLIELMO BILANCIONI.

Pertanto il periodico non solo sarà tenuto in piena efficienza, ma si presenterà in una veste dignitosa, verrà pubblicato con assidua puntualità e sarà gestito con diligenza, così da soddisfare sotto ogni riguardo il pubblico dei lettori, che ci auguriamo numeroso.

Il nostro passato offre garanzia di serietà ai nostri propositi.

Siamo convinti di contribuire, con questa nuova iniziativa, alla elevazione culturale e tecnica della grande famiglia medica italiana.

LA CASA EDITRICE.

Abbonamento annuo: per l'Italia L. **25,** per l'Estero L. **35** - Per gli abbonati al "Policlinico" rispettivamente L. **22** e **32.** - Un numero separato L. **3.50.**

Si prega di affrettare le richieste - Inviare vaglia postale all'Editore sig. LUIGI POZZI - Via Sistina, 14 - ROMA.

☛ *È uscita l'interessante pubblicazione:*

Tecnica Terapeutica Ragionata
Medica e Chirurgica

del Dott. Prof. BERNARDINO MASCI
della R. Università e degli Ospedali Riuniti di Roma

con prefazione del Prof. AGOSTINO CARDUCCI
Medico-primario e v. direttore sanitario del Policlinico Umberto I, in Roma.

Opera espressamente preparata in seguito alle ripetute richieste dei nostri abbonati ed elaborata secondo i più moderni concetti e con intendimenti di assoluta praticità.

Riportiamo qui di seguito l'intero INDICE SISTEMATICO per norma di coloro che desiderano fornirsi subito dell'opera alla speciale condizione annunziata a pag. XII dell'Indice stesso.

INDICE SISTEMATICO

CAPITOLO IV.

CAPITOLO V.

CAPITOLO VI.

CAPITOLO VII.

CAPITOLO VIII.

CAPITOLO IX.

CAPITOLO X.

CAPITOLO XI.

Elettroterapia

CAPITOLO XII.

CAPITOLO XIII.

CAPITOLO XIV.

CAPITOLO XV.

CAPITOLO XVI.

CAPITOLO XVII.

CAPITOLO XVIII.

CAPITOLO XIX.

CAPITOLO XX.

CAPITOLO XXI.

CAPITOLO XXII.

CAPITOLO XXIII.

CAPITOLO XXIV.

CAPITOLO XXV.

CAPITOLO XXVI.

CAPITOLO XXVII.

ANNO XXXI Roma, 22 Dicembre 1924 Fasc. 51

IL POLICLINICO

Per il 1925.

Ai Medici Italiani,

La storia dimostra profondi intimi legami tra i mutamenti politici e i mutamenti in tutte le manifestazioni della vita civile dei popoli. Ovunque trionfa oggi il nazionalismo; ma il moderno nazionalismo vuole avvicinarsi, paragonarsi con il nazionalismo degli altri popoli per incanalarsi e prevalere nel movimento internazionale.

Il movimento scientifico odierno, per questa tendenza dei popoli, diviene più mosso e più complesso. Lo scorge chi, ad esempio, segua un po' da vicino la stampa medica internazionale.

L'Italia, conviene riconoscerlo, era fin qui tenuta fuori delle correnti del progresso. In Italia si lavorava con metodo e con coscienza, seguendo e vagliando quanto si produceva presso le singole nazioni; si avanzavano talvolta idee nuove, originali, buone; ma nessuno mostrava accorgersi di tutto ciò. Era l'isolamento.

Il fenomeno è tutt'altro che scomparso, ma negli ultimi anni, in parte per il maggior peso dell'Italia nella politica, certamente per la serietà e onestà della produzione nel campo delle discipline mediche, i lavori italiani sono presi in considerazione. I giornali di tutto il mondo spesso li riassumono.

Il Policlinico *ha la soddisfazione di avere molto contribuito a questo riconoscimento dell'opera nazionale mediante una rigorosa e buona cernita delle memorie che riceve. I lavori che pubblica trovano rapida e larga recensione nei giornali del mondo intero. Il* **Policlinico** *per sè ha richiamato l'attenzione degli stranieri per la disciplina scientifico-clinica che lo governa. I doveri di chi lo dirige crescono in proporzione dell'importanza che ha assunto.*

Il credito acquistato fa affluire a noi la grande e migliore parte dei lavori italiani nel campo clinico, e ci concede una scelta di prima mano. Malgrado che la liberalità dell'Amministrazione ci abbia accordato un cospicuo aumento di pagine, lo spazio quasi sempre difetta. A causa di tale limitazione e soprattutto a causa della vigile selezione cui la nostra responsabilità ci lega, siamo spesso costretti a rinviare lavori pure apprezzabili. Ai nostri collaboratori e ai nostri abbonati rivolgiamo una parola di scusa per taluni rinvii e per i non rari richiami alla brevità, e vogliamo pregarli di considerare con benevolenza la difficile opera nostra. Con un po' di sacrificio d'amor proprio essi godono il vantaggio d'avere un giornale ben selezionato nel contenuto e rispondente alle esigenze della coltura e degli interessi professionali.

Il **Policlinico** *infatti con la sua* **sezione pratica** *di settimana in settimana soddisfa i disparati bisogni e i multiformi desideri degli abbonati, ne difende l'equità dei diritti, assicura la varietà e rapidità delle informazioni che li interessano, senza mai sminuire la serietà dei contributi clinici e il prestigio della scienza. Alle numerose e stabilizzate rubriche con cui questa sezione del* **Policlinico** *adempie alle funzioni indicate, continueremo a dare proporzionato sviluppo e cura di precisione, ma dobbiamo anche cercare di sempre meglio adattarle ai tempi nuovi. Faremo quest'anno maggiore parte alla rubrica « sunti e rassegne », completandola non solo con riviste sintetiche di medicina e chirurgia generali, ma con esposizioni sistematiche di quei progressi che interessano la medicina pratica nelle singole specialità. La parte legale e gli interessi professionali, nella profonda trasformazione sociale e amministrativa della vita del medico, meritano l'esame più assiduo e diligente perchè preparino un migliore avvenire alla nostra classe che si dibatte in una grave crisi morale ed economica.*

La **sezione pratica** *nella sua complessa organizzazione rispecchia tutta la vita contemporanea del medico.*

La **sezione pratica** *settimanale del* **Policlinico** *non può accogliere, senza venir meno a' suoi scopi, che lavori originali e contributi clinici brevi.* **Il Policlinico** *provvede doverosamente alla coltura e alla esperienza clinica dei suoi abbonati, completando la sezione pratica con un fascicolo mensile di memorie originali di medicina e con un fascicolo mensile di memorie originali di chirurgia. Ambita palestra dei nostri migliori studiosi, la* **sezione medica** *e la* **sezione chirurgica** *hanno quasi raddoppiate le pagine per presentare adeguatamente il movimento scientifico nostrano, pur accettando soltanto memorie di spettanza clinica e valutate con critica severa. Veri archivi della migliore produzione clinica italiana, essi economicamente costituiscono quasi un dono agli abbonati della sezione pratica.*

Con le sue tre sezioni **Il Policlinico** *è l'organismo più commisurato a tutti i bisogni della coltura medica e al sostegno della classe medica. Esso pertanto con una redazione numerosa, indipendente e*

bene specializzata nelle singole materie, armonizzata in un affiatamento intimo e quasi ormai famigliare, con un'amministrazione organizzata secondo larghi criteri, continua animoso il suo cammino ascendente per l'erta della storia, iniziando il suo XXXII anno.

Noi volentieri confessiamo che, per quanto ricche, disciplinate e allenate dall'esperienza, le nostre energie non sarebbero pari all'arduo compito, se non ci aiutasse ancora la intensa e viva collaborazione delle scuole cliniche, degli ospedali e dei pratici, se non alitasse ancora intorno a noi la fiducia simpatica della numerosa e crescente legione degli abbonati.

Rivolgendo un riconoscente saluto e un cordiale augurio per il nuovo anno ai collaboratori ed agli abbonati, ci attendiamo che si accresca e si intensifichi fra noi quella unione fatta di serietà scientifica, di libertà di giudizio, di confidenza amichevole che ha retto **Il Policlinico** *e che gli permetterà di contribuire al prestigio della medicina italiana e di partecipare sempre più degnamente al movimento medico internazionale.*

LA REDAZIONE.

Il nostro lungo ed alacre passato ci esime dalle promesse e dagli allettamenti ai lettori, i quali possono giudicarci dai fatti compiuti.

Ci sia consentito di assicurare soltanto che continueremo a lavorare con austerità e con impegno all'organizzazione pratica del periodico.

Non è a credere che questo compito sia dei più agevoli. Esso, anzi, è grave di responsabilità, esige un ostinato lavoro, si svolge tra difficoltà non sospettate, rese maggiori dagli aggravi di tutte le spese generali dell'azienda.

La tenacia dei nostri sforzi ha avuto ragione di queste difficoltà. E continuerà a fronteggiarle con fiducia.

La via da battere ci sarebbe spianata, qualora perseguissimo un miraggio di lucro. Ma noi siamo troppo gelosi dell'assoluta e fiera indipendenza che ha creato il prestigio del nostro giornale e che ci fa sentire la nobiltà del nostro lavoro.

Unico scopo definito che noi ci proponiamo, è di provvedere all'elevazione colturale del medico e di tutelarne gl'interessi morali e materiali.

Pertanto noi secondiamo tutti gli sforzi della direzione, intesi ad arricchire e organizzare i servizi redazionali della *Sezione Pratica*, affinchè questa sia l'eco palpitante delle nuove conquiste e delle questioni più dibattute nel campo scientifico e tecnico; affinchè essa sorvegli con sollecitudine l'attività professionale; affinchè sia fatto largo posto alla cronaca. Non meno vigili cure vengono rivolte alla *Sezione Medica* ed alla *Sezione Chirurgica*, le quali si raccomandano per la copia del materiale originale; esse concorrono efficacemente al progresso del sapere medico in Italia e nessun medico colto dovrebbe privarsene.

La forza del nostro giornale è stata determinata dalla simpatia con cui i medici hanno corrisposto alla nostra appassionata opera. Ogni anno ci ha portato nuove e dense schiere di abbonati. La nostra ambizione è di mostrarci meritevoli di questo grandioso successo. L'ascesa non deve arrestarsi: noi confidiamo che i vecchi abbonati ci verranno ancora in aiuto, con una attiva propaganda di diffusione.

Da parte nostra, nulla sarà risparmiato per mantenere e consolidare al «Policlinico» il favore del pubblico medico.

L'AMMINISTRAZIONE.

ABBONAMENTI AL "POLICLINICO,, PER IL 1925.

	ITALIA	ESTERO
Singoli:		
(1) Alla sola Sezione pratica (settimanale)	Lire 50	Lire 80
(1a) Alla sola Sezione medica (mensile)	Lire 35	Lire 45
(1b) Alla sola Sezione chirurgica (mensile)	Lire 35	Lire 45
Cumulativi:		
(2) Alle due Sezioni (pratica e medica)	Lire 78	Lire 115
(3) Alle due Sezioni (pratica e chirurgica)	Lire 78	Lire 115
(4) Alle tre Sezioni (pratica, medica e chirurgica)	Lire 98	Lire 135

Chi desidera fruire del Premio gratuito: O. Cignozzi **"I moderni concetti nella cura delle lesioni settiche,,** aggiunga, all'**INTERO** importo dell'abbonamento, L. **3** se in Italia e L. **5** se all'Estero, per le spese di spedizione postale raccomandata.

Una vivissima preghiera ai nostri abbonati!

Affrettare quanto più possibile l'invio dell'importo di rinnovazione dell'abbonamento pel 1925 e, sul polizzino del vaglia postale, applicare la fascetta con la quale si sono finora ricevuti i fascicoli o, quanto meno, indicare il rispettivo numero di abbonamento. Con ciò verranno facilitati due compiti: all'Ufficio d'Amministrazione, quello dell'esatto accreditamento del pagamento nella rispettiva partita; all'Ufficio di Spedizione, l'altro di mantenere ininterrotto e regolare l'invio dei fascicoli pel nuovo anno 1925.

Ricordiamo che il vaglia postale dovrà essere indirizzato nominativamente all'editore LUIGI POZZI, via Sistina, 14, Roma, e che (nel posto riservato al bollo dell'Ufficio Postale pagatore) deve essere munito della prescritta marca da bollo da 5 centesimi fino alle L. 100 e da centesimi 10 se il vaglia supera le L. 100. Chi si trova sprovvisto della marca accresca dei detti centesimi l'importo del vaglia stesso.

N. B. — Del vaglia postale inviato in saldo dell'abbonamento, deve conservarsi la relativa ricevuta.

L'EDITORE.

Per gli abbonamenti cumulativi col "Policlinico,, vedere alle pagg. III e IV, alla fine del Fascicolo.

ANNO XXXI Roma, 22 Dicembre 1924 Fasc. 51 (fine)

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Avvertenza. **Gli abbonati che intendono fruire del PREMIO GRATUITO:** O. CIGNOZZI: "*I moderni concetti nella cura delle lesioni settiche* „ **sono pregati di uniformarsi alle modalità indicate nell'avviso inserito nella prima pagina della copertina.**

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI CODOGNO

Amputazione interscapolo-toracica per sarcoma primitivo periosteo dell'omero.

Dott. GAETANO CAIRO, assistente.

Da quando il Cunning, chirurgo della Marina Inglese nel 1808, praticò la prima amputazione interscapolo-toracica in un marinaio colpito da grave ferita d'arma da fuoco al braccio e alla spalla, l'operazione non venne che assai raramente e con scarso entusiasmo eseguita dai chirurghi del secolo scorso.

Nel periodo prelisteriano infatti il facile pericolo di infezione di una così ampia ferita doveva essere fortemente temuto, tanto da far giudicare dal Panzetta di Napoli l'operazione come « destinata più a completare i trattati di operazioni chirurgiche che a mettersi in esecuzione ». Se più tardi colla pratica dell'antisepsi venne meno il pericolo dell'infezione, rimasero tuttavia temibili la imponenza dell'emorragia e la gravità dello choc operatorio, che avevano cagionato la perdita immediata di un gran numero di operati. Fu soltanto quando il Berger ebbe disciplinata la tecnica dell'operazione introducendovi la legatura preventiva dei vasi succlavi, che i chirurghi cominciarono ad eseguire con maggior frequenza l'operazione, pure riservandola come provvedimento di necessità a traumatismi gravi, strappamenti di macchine, ferite con fratture esposte, gangrene e flemmoni gassosi al braccio od alla spalla, talora a processi settici da osteomielite o a carie tubercolare estesa con fistole multiple, ma praticandola sopra tutto ed il più spesso per tumori maligni dell'omero o della scapola già diffusi all'articolazione della spalla. La memoria del Berger, che ha importanza fondamentale nella storia di questa operazione, data dal 1887. Tuttavia, nonostante i perfezionamenti conseguiti nella tecnica, la statistica operatoria generale che nel 1875 era di 45 interventi, secondo i dati raccolti dal Crosti, ne contava appena 258 nel 1900, 263 nel 1905 ed oggi ne annovera poco più di 300. Il

che dimostra che l'amputazione interscapolo-toracica rimane tutt'ora un'operazione assai grave e pertanto relativamente rara. Chè « se per poco si considerano — scrive il Giannettasio — i pericoli ad essa inerenti e le statistiche per vero non incoraggianti, con cura raccolte dai vari autori, si comprende facilmente come si colga volentieri da tutti l'occasione ad una pubblicazione, tosto che l'operazione presenti qualche lato importante da illustrare: onde è giustificato per ogni chirurgo il compiacimento di averne conseguito favorevoli risultati ».

Il caso che io presento (ed il cui studio mi è stato benevolmente concesso dalla cortesia dell'operatore, il prof. Baldo Rossi) si riferisce ad un intervento che, se ebbe pieno successo immediato, fu però seguito da recidiva dopo pochi mesi; esso non è quindi da considerarsi fra gli esiti più favorevoli. Ho creduto nondimeno utile di riferirne, nell'intento di portare un contributo sereno alla statistica, ed anche perchè esso presenta qualche interesse, sia dal lato diagnostico come riguardo alla tecnica operatoria seguita.

***

P. Giuseppe, di anni 47, da Codogno.

Anamnesi remota. — Padre morto a 47 anni per ictus; madre, due fratelli e una sorella viventi e sani.

Nulla nei collaterali: è coniugato; la moglie non ebbe mai aborti; tre figli sono sani, gli altri due decedettero nei primi mesi di vita. A 16 anni riportò frattura della rotula sinistra. Dalla adolescenza soffre di accessi asmatici, per i quali venne riformato dal servizio militare. Nel gennaio 1922 fu colpito improvvisamente da lipotimia e rimase privo di sensi per mezz'ora in stato di contrazione tonica senza convulsioni. Al risveglio non fu constatato nessun disturbo della favella nè fatti paretici; ebbe solo cefalea per parecchi giorni. Modico bevitore, non fuma, non ebbe mai malattie veneree; nega lues.

Anamnesi prossima. — Dal luglio 1922 incominciò a lamentare dolori transitorii e lievi alla spalla destra, specialmente al mattino nell'alzarsi dal letto, dolori che poi durante il giorno cessavano. Dopo circa un mese tali dolori, a carattere sordo e cupo come di un indolenzimento, si fecero più insistenti, accompagnandosi a debolezza dell'arto; durante gli sforzi essi si acutizzavano sempre più, compromettendo la funzionalità dell'arto stesso. Il medico che lo visitò allora, lo curò per forma reumatica e gli prescrisse dei salicilici senza alcun giovamento. Fu dopo tre mesi dall'inizio della malattia ch'egli si accorse di avere la parte superiore del braccio destro gonfia e deforme. Si valse allora del consiglio d'un chirurgo, il quale, praticandogli una radiografia, da cui non risultò alcuna alterazione evidente dello scheletro, giudicò trattarsi di una neoformazione delle parti molli a carattere benigno e ne propose l'asportazione.

Il paziente rifiutò l'atto operativo e per altri due mesi sopportò dolori assai intensi, con violente esacerbazioni notturne a carattere lancinante, trafittivo.

La deformazione del braccio andò frattanto aumentando progressivamente fino a raggiungere il volume attuale ed invase successivamente anche il cavo ascellare.

Non ebbe mai febbre; notò invece un dimagrimento graduale unito a perdita di forze ed a malessere generale. Ricorse allora alla visita di un altro chirurgo, il quale, diagnosticata una neoplasia maligna dell'epifisi omerale già estesa all'articolazione scapolo-omerale, vide la necessità di dover demolire coll'arto superiore anche la scapola e parte della clavicola, onde propose l'amputazione interscapolo-toracica. Il paziente nuovamente rifiutò l'atto operativo.

Senonchè dopo poco tempo, per l'intensità raggiunta dai dolori che non gli concedevano mai riposo durante la notte e non erano calmati neppure dalle iniezioni di morfina, fu egli stesso ad invocare la propria liberazione. Venne allora inviato al Padiglione Zonda dell'Ospedale Maggiore di Milano per ivi essere operato dal prof. Baldo Rossi (22 dicembre 1922).

Esame obbiettivo. — Costituzione robusta, stato di nutrizione scadente, colorito bruno-pallido della cute, mucose visibili rosee ma pallide, trofismo muscolare ben conservato. Nulla ai nervi specifici e ai nervi cranici. Nell'angolo interno O. S. si nota una tumefazione a tipo papillomatoso del volume di un pisello che il p. porta dall'età di 8 anni. Torace ampio, a tipo enfisematoso con espansione dei margini polmonari piuttosto ridotta, suono iperfonetico in tutto l'ambito, respiro prolungato specie durante la espirazione: non fatti umidi. All'esame del cuore: modica ipertrofia del segmento sinistro, primo tono ottuso, rinforzo del secondo su tutti i focolai, itto nel quinto spazio appena all'esterno dell'emiclaveare. Addome di forma e volume normali. Lieve aumento del fegato e della milza.

All'esame locale si nota una tumefazione che comincia all'unione tra il terzo medio ed il terzo superiore del braccio e s'ingrandisce verso l'alto in forma globosa, rendendosi maggiormente manifesta nella porzione anteriore del moncone della spalla. La tumefazione che raggiunge il volume d'una testa di feto a termine, è solcata da scarsa rete venosa superficiale. Colla palpazione si risente un aumento della temperatura locale al termotatto; la cute piuttosto tesa e succulenta, è poco scorrevole sulla massa sottostante, la quale fa corpo coll'osso e lo involge completamente in tutta la sua circonferenza: essa ha superfice liscia e regolare, ed una consistenza dura parenchimatosa.

Il tumore non appare ben circoscritto, ma si diffonde a tutta la spalla e si insinua anche nel cavo ascellare. La mobilità, attiva e passiva della spalla, è molto ridotta: nell'atto di sollevare il braccio, anche la scapola si sposta in toto e pare quasi saldata al moncone superiore della spalla. Non si palpano ghiandole nelle stazioni linfatiche prossimiori.

R. W. negativa; valore emoglobinico 80; globuli rossi 4.800.000; globuli bianchi 11.000.

La radiografia dimostra poco d'importante:

lo scheletro non presenta alcuna alterazione nè sulla epifisi nè a carico della diafisi; le linee marginali dell'osso sono ben nette: non vi ha aumento della corticale nè zone di rarefazione nel canale midollare. Si nota un aumento di densità uniforme delle parti molli circostanti all'osso. Sulla parte più alta della spalla, si rileva una linea di probabile stratificazione ossea, segnata da una striscia molto sottile e regolare, che sembra contornare il confine superiore della tumefazione ed accenna quasi al formarsi di un guscio osseo periferico.

Diagnosi clinica. — Sarcoma primitivo della epifisi superiore dell'omero destro.

Operazione. — Iniezione di M. A. S. S. Narcosi generale eterea. Incisione esplorativa nella parte più saliente della tumefazione per la biopsia preliminare immediata: divaricate ampiamente le parti molli, si cade su una larga massa carnosa della quale vengono asportati con cucchiaio profondamente alcuni frammenti in tutta vicinanza alla superficie ossea.

L'esame istologico di essi dimostra trattarsi di sarcoma globocellulare. Si passa quindi all'amputazione interscapolo-toracica.

Condotta una prima incisione lungo il margine superiore della clavicola, profonda fin sull'osso, dal suo margine acromiale fino a un paio di centimetri all'infuori della articolazione sterno-clavicolare, se ne scolla il periostio circolarmente in corrispondenza al bordo esterno del m. sterno-cleido-mastoideo, s'insinua sotto la clavicola il filo-sega Gigli, si seziona l'osso e dopo aver sollevato con una tenaglia il frammento esterno ed averne completato posteriormente lo scollamento periosteo fino all'inserzione del deltoide, si sega nuovamente l'osso in questo punto. Viene così rimossa la parte mediana della clavicola; spostato allora in basso l'esile muscolo succlavio, si mette a nudo la fascia cervicale media; si fende questa prudentemente su sonda scanalata, tanto che basti per mettere bene in vista i vasi succlavii; questi vengono allacciati nel luogo d'elezione, cioè nella porzione extrascalenica dove l'arteria è più facilmente raggiungibile. Isolata da prima l'arteria, la si lega con doppio laccio; indi si lega la vena. Si sezionano entrambi i vasi in mezzo alla doppia legatura. Si recidono ad uno ad uno i grossi cordoni nervosi del plesso brachiale. È così finito il primo tempo dell'operazione, costituito dalla legatura preventiva dei vasi succlavii.

Si passa alla demolizione dell'arto col cingolo scapolare. Occorre scolpire due lembi, il primo anteriore, il secondo posteriore, seguendo un tracciato di forma lanceolare. Mentre un assistente allontana l'arto dal tronco, l'operatore partendo dal mezzo dell'incisione precedente parallela alla clavicola, si dirige in basso ed in avanti passando sul deltoide, all'infuori del solco deltoideo pettorale, scende lungo il pilastro anteriore dell'ascella, passa nel cavo attraversando la faccia interna del braccio, risale sul pilastro posteriore e giunge fino all'angolo inferiore della scapola. Dopo aver così tracciata la linea del primo lembo ed averlo preparato ovunque con dissezione della cute e cellulare, il chirurgo ripassa con incisione più profonda sugli strati muscolari sottostanti, che seziona a tutto spessore di mano in mano che li incontra, mentre l'aiuto provvede all'emostasi, pinzando i numerosi vasi interessati nel taglio. L'operatore recide in tal guisa il grande e il piccolo pettorale trasversalmente alle loro fibre sul piano toracico, scolla e distacca dalla parete toracica il connettivo cellulo-adiposo del cavo ascellare, posteriormente taglia il tendine del grande dorsale e quello del grande rotondo, e giunge all'angolo della scapola, ultimando così la formazione del lembo anteriore pettoro-ascellare. Per la formazione del secondo lembo, lembo posteriore, cervico-scapolare, egli ritorna allo estremo laterale della primitiva incisione parallela alla clavicola, cioè sull'articolazione acromio-clavicolare, e di qui con incisione rettilinea scende lungo il bordo esterno della omoplata fino ad incontrare all'apice inferiore di questa il lembo anteriore. Per poter dominare ora la faccia sottoscapolare e poterla liberare dai suoi robusti attacchi al tronco, egli affida all'assistente di trarre fortemente l'arto in fuori ed in basso, imprimendo in pari tempo al moncone della spalla una accentuata rotazione esterna. Recide allora via via le inserzioni del trapezio alla clavicola ed alla spina della scapola, dell'omojoideo al bordo superiore di questo osso, dell'elevatore all'angolo superiore interno, e colla sezione del grande dentato e dei due romboidei completa il distacco in totalità del cingolo scapolare dal tronco.

Nel terzo tempo si provvede alla legatura dei vasi, ultimata la quale, si affrontano i due lembi e si riuniscono con linea di sutura verticale. Si lascia in posto un drenaggio nella parte più declive dela ferita.

Medicatura.

Esame anatomico-patologico. — Con una sezione longitudinale dell'arto, interessante anche l'osso su un piano antero-posteriore, si riscontra che lo scheletro è circondato da tutte le parti da una larga massa di tessuto carnoso che abbraccia completamente diafisi ed epifisi e si estende in alto in forma di clava per una estensione di 15 cm. circa fino ad interessare la capsula ed i legamenti periarticolari. Tale massa ha l'aspetto di una polpa lardacea succulenta; al taglio è piuttosto molle verso la superficie, mentre la consistenza diventa più dura in profondità; il colorito è bianco-roseo, uniforme, solo qua e là interrotto da piccole zone emorragiche o da focolai di rammollimento. La conformazione è intimamente unita al periostio, mentre la teca ossea sembra normale e così pure di colorito e d'aspetto normale risulta il midollo osseo; anche l'articolazione scapolo-omerale sembra risparmiata dal tessuto neoplastico. Le parti muscolari circostanti sono alquanto atrofizzate ed anemizzate per compressione. Una capsula connettivale periferica sembra involgere regolarmente tutta la massa tumorale; e mentre non si rilevano zone di neo-produzione osteoide o di infiltrazione calcare in seno alla massa stessa, una zona d'indurimento calcareo si nota per contro, verso la parte più esterna della epifisi, a carico appunto dell'involucro capsulare fibroso, il quale assume ivi l'aspetto di un guscio sottile, abbastanza regolare per quanto assai limitato. Nei ***preparati istologici*** eseguiti su diversi pezzetti prelevati a varie profondità dal pezzo anatomico con sezioni allestite al

microtomo congelatore e colorate con ematossilina-cosina, la struttura fondamentale del tumore dimostrasi quella di un tessuto di elementi connettivali immaturi, a tipo embrionale, di forma globocellulare; pur avendosi qua e là note di polimorfismo, di gran lunga prevalgono le cellule rotonde con nucleo tondeggiante, ricco di granuli cromatici e protoplasma sottile, non sempre chiaramente visibile, appena distinte tra loro da poca sostanza intercellulare: numerose sono le figure di mitosi atipica; lo stroma è scarsissimo, ridotto a pochissime fibrille di sostanza fondamentale.

In alcuni preparati si incontrano rare forme giganto-cellulari polinucleate. Nelle sezioni praticate alla periferia (là dove già al primo esame si rilevava aumento di consistenza del tessuto capsulare) si rilevano depositi di sali di calcio; non cellule ossee.

Vascolarizzazione scarsa; non fatti degenerativi.

Anche nelle sezioni interessanti l'osso (previa decalcificazione) si nota che la massa neoplastica non invade la teca ossea. Riassumendo, dall'esame isto-patologico risulta trattarsi di un sarcoma primitivo rotondo-cellulare a sviluppo periosteo.

Decorso post-operatorio. — Il malato dopo l'intervento ebbe per qualche ora sintomi di shok non grave con lieve dispnea ed indebolimento del polso; passò la notte agitato ed insonne, ma l'indomani avvertì subito di sentirsi meglio. Le sue condizioni generali andarono infatti da allora in poi progressivamente migliorando. In terza giornata si tolse il drenaggio; in ottava si tolsero i punti, avendosi guarigione per prima intenzione. In seguito il malato fu sottoposto a sedute di radioterapia ed a una cura ipodermica di atoxil.

Alla sua uscita dall'Ospedale, avvenuta in ventitreesima giornata, egli avrebbe dovuto continuare la cura radioterapica, ma sentendosi bene e vedendo che andava recuperando gradualmente le forze, non seguì le prescrizioni e tornò invece a lavorare nel proprio negozio. Durò in buona salute circa quattro mesi. Ma verso la fine di aprile 1923, cominciò ad avvertire nuovi dolori, questa volta al torace sinistro, dolori aventi gli stessi caratteri di quelli precedentemente sofferti e ben presto tramutatisi in violente trafitture a tipo lancinante che non gli davano riposo. Rapidamente si ebbe anche qui la comparsa di una tumefazione a carico della parete pleuro-costale destra, che in breve si sviluppò fino a raggiungere la larghezza di un palmo di mano, dura, irregolare, di consistenza in molti punti ossea. Si ebbe poi versamento pleurico corrispondente, con elevazioni febbrili, progressiva emaciazione, ritorno dello stato cachettico; ed il decesso seguì dopo qualche tempo tra sofferenze atroci, complessivamente a sette mesi di distanza dall'atto operativo. Non è stato possibile eseguire la necroscopia.

La storia clinica presenta qualche particolarità che mette conto di rilevare.

La malattia ha esordito col dolore, dolore cupo, gravativo, a tipo osteocopo, aumentato dalla stanchezza.

Solamente dopo tre mesi si è potuto notare un leggero aumento di volume in toto della parte. Questa precocità dei dolori rispetto allo sviluppo della tumefazione rende naturalmente difficile e spesso tardiva la diagnosi. La radiografia potrebbe essere di aiuto prezioso per riconoscere di buon'ora l'esistenza del tumore e suggerire pertanto una prognosi grave ed un pronto intervento radicale. Senonchè anche la radiografia qualche volta fallisce allo scopo, perchè pur nelle migliori imagini radiografiche la mancanza di qualsiasi traccia di ossificazione o di fatti di distruzione ossea chiaramente visibile può dare nei sarcomi periostali (e specialmente in quelle forme molli che sembra abbiano origine dallo strato esterno del periostio) un reperto affatto negativo, come nel nostro paziente. Bisogna ben guardare di non lasciarsi fuorviare nel diagnostico dal reperto radiografico negativo. A questo proposito il Busi così si esprime:

«La diagnosi di sarcoma osseo potrà per vero venire non di rado accertata ripetendo lo studio radiografico del caso più volte, ad intervalli di qualche settimana: ma data la crescita di questa specie di tumore maligno, per lo più rapida, invadente, distruttiva, con metastasi molteplici, molto si rischia in questa attesa che spesso conduce alla certezza troppo tardi, quando cioè l'intervento non offre più od offre solo pochissime speranze di successo; perciò là dove, nonostante lo studio radiografico del caso, permane insolubile il dubbio sulla natura sarcomatosa di un tumore osseo, è bene procedere senz'altro ad un intervento chirurgico di saggio, che secondo i dati forniti consiglierà il da farsi».

Quindi in simili casi non resta che farsi un criterio giusto dei dolori e quando questi sono, come nel presente caso, accentuatissimi, a carattere progressivo, esacerbantisi nella notte, con tale intensità da esasperare il malato e da impedirgli il sonno, e si può in pari tempo escludere la forma luetica e la tubercolare od altre forme acute a carico dell'articolazione o dei nervi; quando il dolore non accenna per niente a diminuire anche dopo l'immobilizzazione accurata, bisogna pensare precocemente al tumore e porre bene attenzione alle eventuali anche se scarse modificazioni locali e specialmente all'aumento di volume della parte, per poter avanzare per tempo la diagnosi e proporre una biopsia.

Nel nostro paziente, nonostante che il rilievo somatico e la gravità del decorso non lasciassero alcun dubbio sulla natura maligna del tumore, fu ugualmente praticata prima della

operazione la biopsia, con esame istologico immediato. Ed è questo un atto che potrebbe parere superfluo ed ozioso, mentre è invece un particolare di tecnica rigorosa e di savia condotta chirurgica che non va giammai tralasciato, conoscendosi infatti dei casi (tra gli altri uno recente citato nel *Rendiconto Clinico-Operativo del Padiglione Zonda* 1919-1921) nei quali la biopsia preventiva ha potuto evitare un intervento demolitore, contrariamente al giudizio clinico precedentemente emesso, e permettere una operazione economica conservativa con buon risultato definitivo.

Qui — data l'estensione assunta dalla neoplasia — si imponeva naturalmente la indicazione all'ablazione intera del braccio col mezzo cingolo scapolare corrispondente. E l'operazione venne eseguita secondo la tecnica classica del Berger, che è quella oggi universalmente accettata e fedelmente riprodotta da tutti i trattatisti. Il merito del Berger è quello di aver introdotto la legatura preventiva dei vasi succlavii, merito pienamente riconosciuto dagli inglesi (che giungono a chiamare l'operazione *Berger's amputation*) e soltanto parzialmente dai tedeschi, i quali ricordano a giusta ragione il contributo operativo portato da Esmarck e da Langembeck al miglioramento della tecnica. Anche noi in Italia non dobbiamo dimenticare che prima del 1887 vennero pubblicati tra noi casi di amputazione interscapolo-toracica trattati con la legatura preventiva dei vasi sottoclaveari, ed il Giordano ne cita tre casi del Bassini, uno del Poggi (1886) ed uno del Vecelli di Venezia (1884). Ma al solito — come dice il Costa — non vi è da « fare le meraviglie per le scarse citazioni di casistica italiana, chè quasi tutto il ricco materiale operativo dei nostri ospedali e non poco di quello delle nostre cliniche non viene pubblicato o saltuariamente; per cui in questo, come in altri argomenti pratici, il contributo certamente importante del nostro paese rimane in gran parte ignorato ».

Ritornando al nostro caso, noterò ancora qui brevemente che l'operazione durò complessivamente 45 minuti: l'emostasi risultò perfetta; non è stato necessario allacciare preventivamente anche le branche laterali della succlavia (cervicale superficiale, traversa del collo e traversa della scapola), come vorrebbero molti autori, ma tali vasi furono invece presi e legati come gli altri di mano in mano che si presentavano sotto il taglio. La minima perdita di sangue avutasi ha contribuito senza dubbio a rendere meno grave il decorso post-operatorio. Benchè si trattasse infatti di un uomo già in istato di notevole deperimento, non vi fu che un lieve e fugace choc operatorio. Ed invero, se si pensi alla importanza della demolizione (seconda soltanto per vastità a quella della amputazione interileo-addominale), alla quantità dei tessuti interessati nella ferita e più ancora alla scossa che al sistema nervoso centrale deve venire dalla recisione dei cordoni nervosi del plesso brachiale, rimane davvero ammirevole che una così ampia mutilazione possa essere tanto facilmente superata.

A ragione dunque il Giannettasio sostiene che l'amputazione interscapolo-toracica « non deve essere più guardata con tanta diffidenza e con tanto terrore come pel passato, poichè essa non è ormai più grave della disarticolazione dell'omero o della scapulectomia.... e se si tien calcolo che la disarticolazione della spalla non offre sufficiente garanzia contro il pericolo della recidiva, *ne consegue che l'operazione di scelta nei tumori maligni dell'estremità superiore dell'omero, debba essere adunque l'amputazione interscapolo-toracica* ».

Concordemente il Crosti — nelle conclusioni alla sua pregevole Memoria del 1905 — ritiene l'amputazione interscapolo-toracica preferibile, per evitare la recidiva, agli interventi più economici (resezione, disarticolazione), poichè « quando venga eseguita primitivamente, allorchè il neoplasma sia ancora sull'inizio e non anche nel pieno sviluppo della sua virulenza, dà garanzia maggiore di completa rimozione degli elementi del tumore ». Negli individui vecchi, deperiti in cui a priori è supponibile che l'intervento non possa essere tollerato, il Crosti propone di dividerlo in due sedute, nella prima disarticolando il braccio, nella seconda estirpando la scapola.

La più ampia statistica operatoria fin qui raccolta è quella di Jeanbrau e Riche, i quali su 183 casi riuniti danno una mortalità del 29 % prima del 1887 ed ora del 7.84 %, e citano 24 casi di guarigioni constatati da oltre 5 anni. Essi, nella conclusione del loro importante lavoro, affermano che l'amputazione interscapolo-toracica è un'operazione che dà sopravvivenze molto lunghe e guarigioni che si possono considerare come definitive.

Certamente la facilità con cui viene tollerata dall'organismo un'operazione così grave, la sua relativa innocuità ed i buoni risultati immediati che essa dà spesso, fanno pensare che si possa in avvenire trarre miglior partito dall'operazione per più larghe e più favorevoli indicazioni.

Ringrazio il prof. B. Rossi, che mi ha consentita la pubblicazione di questo caso clinico, pubblicazione che altro non vuol essere se non una semplice esercitazione di studio del malato.

BIBLIOGRAFIA.

ARCE. *Amputacion interscapolo-toracica*. Semaña med. Buenos Ayres, 1920.

BARLING. *Malignant growth of scapula; Berger's amputation*. Birmingam Med. Rev., 1914.

BERGER. *L'amputation du membre supérieur dans la contiguité du tronc. Amputation interscapulo-thoracique*. Paris, 1887.

BERGER. *Amputation interscapulo-thoracique*. Revue de Chirurgie, 1898.

BIER, BRAUN, KÜMMEL. *Chirurgische Operationslehre*. Band V., Extremitäten, Leipzig, 1917.

BUSI. *Diagnostica Radiologica* nella *Semejotica Generale Chirurgica del* TADDEI, fascicolo 62-69, 1922.

CHAVANNAZ et CHENUT. *Amputation interscapulo-thoracique pour sarcome du bras*. Journal de méd. de Bordeaux, 1921.

COSTA. *Amputazione interscapolo toracica*. Arch. di Ortopedia, 1893.

CROSTI. *Amputazione interscapolo-toracica*. Milano, 1905.

DURANTE e LEOTTA. *Trattato di medicina operatoria*, vol. 2°.

FIORI. *Tre casi di amputazione interscapolo toracica*. La Clinica chirurgica, 1910.

FISCHER. *Zur amputatio interscapulo-thracalis*. Deutsche Mediz. Wochenschrift, 30 giu. 1922.

GIANNETTASIO. *Contributo clinico all'amputazione interscapolo-toracica ed istopatologico ai tumori epiteliali primitivi delle ossa*. Policlinico, Sezione Chirurgica, 15 dicembre 1916 e 15 gennaio 1917.

GIORDANO. *Compendio di chirurgia operatoria italiana*. Appendice 2 al *Trattato di chirurgia* di DUPLAJ et RECHUS. Torino, 1911.

GOBBI. *Sarcomi primitivi delle ossa*. Archivio Italiano di Chirurgia, 1924, fasc. 1°.

JAUGEAS. *Précis de radiodiagnostic technique et clinique*. Paris, 1918.

JEAMBRAU et RICHE. Revue de chirurgie, 1905.

MARION. *Tecnique chirurgicale*, vol. II. Paris, 1920.

ROSTIROLIA. *Un caso di amputazione interscapolo-toracica per encondroma scapolo-omerale*. Boll. med. Trentino, 1901-1902.

TESSON R. *Sarcome recidivé des ganglions axillaires; amputation interscapulo-thoracique à lembeau postérieur*. Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris, 1922.

TORRACA. *Alcune osservazioni cliniche sui sarcomi delle ossa lunghe*. Studium, anno X, nov. 1920.

VINAS. *Amputacion interscapolo-toracica*. Semaña med., Buenos Aires, 1920.

VISCONTINI. *Un caso di disarticolazione interscapolo-toracica*. Gazz. d. Osped. e d. Cliniche, 1903, n. 83.

NOTE E CONTRIBUTI.

La vaccinoterapia antigonococcica per via endovenosa nella cura delle annessiti.

Dott. WALTER PIERANGELI, già del Reparto Dermosifilopatico degli Ospedali Riuniti di Napoli.

Da quasi tutti i medici che si occupino di venereologia è stata ormai riconosciuta la grande efficacia terapeutica della vaccinoterapia antigonococcica in molte complicanze dell'infezione blenorragica. Generalmente per la somministrazione del vaccino è in uso la via sottocutanea e, soltanto da poco, specie all'estero si è tentata la via endovenosa onde immettere più prontamente in circolo le dosi di tossine batteriche e quindi provocare una più energica difesa organica.

Sembrando anche a me che la via endovenosa riuscisse di maggiore efficacia volli tentarla su diversi miei infermi, tanto più che, già su larga scala, facevo uso della vaccinoterapia per via sottocutanea e quindi volevo paragonare la diversità dell'effetto terapeutico a seconda della via di introduzione.

Ho trattato complessivamente fino ad ora 37 infermi di cui 26 uomini e undici donne che per le loro affezioni possono così essere ripartiti:

Uomini: orchiepididimiti 20; prostatiti acute 4; artriti 2; totale 26.

Donne: annessiti acute 9; endometriti acute 2; totale 11.

Mentre nelle complicazioni blenorragiche maschili ho ottenuto risultati pressochè pari a quelli che in genere si hanno usando il vaccino per via sottocutanea, nella cura delle annessiti (complicanza tanto frequente dell'infezione blenorragica dei genitali femminili, che di solito poco si giova della vaccinoterapia sottocutanea) ho avuto a constatare, con mio vivo compiacimento, dei risultati invero brillanti ed insperati.

Mi intratterrò quindi solo su questi casi acciocchè i colleghi, che pur conoscendo questo metodo di cura, siano ancora scettici sulla opportunità di esso, si decidano a volerlo, se non altro, provare con sicura coscienza.

Le iniezioni sono sempre state eseguite con vaccino gonococcico dell' Istituto Sieroterapico Milanese. Onde evitare eventuali brusche reazioni ho fatto sempre precedere due iniezioni sottocutanee di vaccino, poi iniziavo la serie per via endovenosa a cominciare (in generale) dalla dose di 25 milioni di germi, quindi, gradatamente, a seconda della reazione, aumentavo; in un'inferma ho raggiunto anche la dose

di 2 miliardi. Tranne in due casi in cui ho praticate le iniezioni a giorni alterni, altrimenti le ho eseguite tutti i giorni raggiungendo in media per ciascuna inferma 10 iniezioni, da un minimo di 6 ad un massimo di 15.

In quanto alla tecnica mi sono valso di quella comune circa la disinfezione e la preparazione di una delle vene della piega del gomito. Ho preferito, inoltre iniettare il vaccino al mattino, curando che l'inferma fosse a digiuno e che tale restasse per altre tre ore.

Dall'esame dei casi (1) emergono considerazioni pratiche di non dubbia importanza.

Anzitutto, gli effetti terapeutici della vaccinoterapia per via endovenosa nella cura delle annessiti sono riusciti indiscutibilmente efficaci ed essi si ottengono con una prontezza, direi meravigliosa, talvolta solo dopo 24 ore dalla prima iniezione.

La tollerabilità del V. G. per via endovenosa fu sempre ottima da parte delle pazienti. Mai infatti si sono avute a constatare durante la cura degli inconvenienti, solamente in due casi (2-6) si ebbero a registrare dei rialzi termici susseguenti all'iniezione e questi elevamenti febbrili scomparvero in breve.

Spiccata azione benefica si ebbe su lo stato generale di tutte le pazienti fra le quali molte erano debilitate, altre depresse ed in condizioni fisiche poco buone. Migliorarono sempre il proprio stato generale riacquistando in breve tempo le abituali condizioni di benessere.

Questo metodo di cura è di facilissima pratica, tale da poter essere praticato in qualsiasi luogo ed in qualsiasi momento.

In generale sin dalla prima iniezione si ha subito una pronta remissione dei fatti dolorifici locali e così pure si ha in breve un notevole abbassamento della temperatura.

Tutti questi benefici effetti derivati dalla vaccinoterapia endovenosa sembrano sussistere a lungo ed in modo definitivo, difatti da inferme rivedute anche dopo quattro mesi si ebbe la dichiarazione che non ebbero più a soffrire alcun disturbo.

Come coadiuvante dell'azione decisamente specifica del vaccino, ed anche per combattere efficacemente, e nello stesso tempo, l'infezione aperta è bene far praticare contemporaneamente anche le solite cure locali a base di lavande vaginali, ovuli, ecc.

(1) Per mancanza di spazio le numerose osservazioni riassunte nella tabella vengono pubblicate per esteso negli estratti.

Concludendo: Credo di poter asserire con coscienza che noi di fronte alle annessiti (specie acute) ci troviamo, con le iniezioni endovenose di vaccino gonococcico, in possesso di un mezzo terapeutico attivissimo, costante nei suoi effetti, assolutamente innocuo e che dà risultati superiori alla vaccinoterapia per via parenterale, il che ritengo importante a considerarsi.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

OSPEDALI CIVILI DI SAMPIERDARENA
SEZIONE MEDICA UOMINI
diretta dal primario dott. L. ALFONSO.

Nuovo aspiratore idrico graduabile per lo svuotamento di versamenti in cavità sierose e per pneumotorace di sostituzione

per il dott. PIO MARIANO POLLERI, aiuto.

Durante l'operazione dello svuotamento di raccolte sierose dalla cavità pleurica il fatto che più preoccupa l'operatore e che può mettere a repentaglio la vita del paziente è lo choc secondario alla repentina depressione che si verifica in questi casi, per cui, l'organo che sottostava all'azione meccanica compressiva per un processo di essudazione o trasudazione aveva assunto in modo lento e graduale uno speciale stato fisiopatologico, in seguito all'estrazione del liquido subisce una rapida espansione. A questo pericolo si è ovviato prima con svuotamenti parziali e successivi in modo da determinare una graduale espansione e da creare condizioni meccaniche tali da permettere un facile adattamento dell'organo alle condizioni create collo svuotamento; più recentemente colla sostituzione di gas al liquido estratto, gas che venendo lentamente assorbito permetteva un'espansione graduale dell'organo compresso impedendo così il verificarsi dello choc.

Nella pratica poi un inconveniente che tante volte costringe ad interrompere lo svuotamento della cavità pleurica è l'insorgere di una tosse stizzosa ed incessante; la quale appunto si manifesta quando con i comuni apparecchi che non hanno un'aspirazione continua ed uniforme si vengono a determinare squilibrii a varie pressioni nella cavità pleurica con aspirazioni fatte ad intervalli (apparecchio di Dieu Lafoi) o con aspirazioni fatte con forze aspiranti disuguali (apparecchio Potain).

Le tecniche usate per ovviare al fatto più

grave lo choc, col sostituire con gas il liquido estratto sono varie e vanno come è comunemente noto da quella dell'estrazione del liquido coll'apparecchio di Potain o di Dieu Lafoi e con l'insufflazione di gas col Forlanini, contemporaneamente; ma coll'azione indipendente dei due apparecchi, quindi coll'infissione di due aghi, a quella di Dumarest, Dubalen, Morelli.

Recentemente poi Demartini ha ideato uno speciale dispositivo da applicarsi ad una comune siringa di Pravaz da 20 cc. in modo da estrarre, per volta, una tale quantità di liquido e sostituirlo mediante aspirazione filtrando attraverso cotone, con aria atmosferica; tale apparecchio come consiglia l'autore stesso è utile al medico pratico il quale con concetti moderni intervenga sui versamenti sierosi.

Per quanto mi consta non credo esista un'apparecchio il quale possa ovviare agli squilibrii di pressione endopleurica determinantisi da aspirazioni alternate o da aspirazioni fatte a forze aspiranti diverse offrendo una aspirazione uniforme e graduabile a seconda della necessità e del caso clinico e nello stesso tempo continua; perchè, io penso che un'apparecchio rispondente a questi requisiti allontanerebbe quell'increscioso inconveniente del manifestarsi della tosse per le ragioni che ho esposto, mentre d'altra parte con un'estrazione molto lenta ma continua del liquido potrebbe allontanare il pericolo dello choc qualora non sia consigliabile la sostituzione del gas al liquido come nei casi di versamenti pluerici bilaterali di origine meccanico-circolatoria o nelle polisierositi ove si hanno i segni di insufficienza respiratoria che verrebbero mantenuti ancora per un tempo relativamente lungo colla sostituzione del gas, sostituzione che in questo caso se evita lo choc; non modifica quello stato fisiopatologico che ha indicato l'intervento anzi, forse, lo aggrava.

In base a tali considerazioni ho studiato un apparecchio il quale non presentasse gl'inconvenienti degli aspiratori comunemente in uso e che permettesse la sostituzione del liquido col gas proveniente dall'apparecchio del Forlanini e dotando questo di un serbatoio di gas qualora la quantità di esso che comunemente contiene il Forlanini non fosse sufficiente alla sostituzione del liquido.

Darò subito la descrizione dell'apparecchio; dirò poi del funzionamento:

Esso si compone di una bottiglia di vetro spesso (A) della capacità di 2000 cc. con graduazioni ogni 100 cc.; a due colli uno (*a*) del diametro di cm. 3,5; l'altro (*b*) di 2,5 cm; con una apertura al fondo (*s*) del diametro di 3,5 cm.

Al collo (*b*) è innestato un tappo con rubinetto (*c*) ad una via; all'apertura (*s*) un altro tappo di gomma con rubinetto (*i*) ad una via; al collo (*a*) è innestato un altro tappo di gomma a due fori uno portante un tubo di vetro piegato ad angolo retto con un lume di 5 mm., l'altro, tubo di vetro (*e*) del diametro di 2,5 mm. portante un rubinetto (*f*) a due vie (*f1*) (*f2*); in corrispondenza di queste due vie sono

saldati altri due tubi di vetro (*h*) (*g*) entrambi piegati ad angolo retto in direzioni opposte pure essi del diametro di 2,5 mm.

Le due vie (*f*1) (*f*2) del rubinetto (*f*) sono costruite in modo che con mezzo giro (*f*2) mette in comunicazione (*e*) con (*h*); con un successivo quarto di giro non si abbia nessuna comunicazione fra (*h*) (*e*) (*g*) e con un ultimo quarto di giro (*h*) mediante la via (*f*1) venga ad essere in comunicazione con (*g*).

A (*g*) è innestato un tubo di gomma (*m*) il quale a sua volta si innesta ad un rubinetto ad una via (*o*) questo è saldato da un lato ad un tubo di vetro a due vie (*p*), una di queste in comunicazione con una camera d'aria, tipo foot ball (*B*), porta un rubinetto ad una via (*q*); la restante mediante altro tubo di gomma (lungo 50 cm.) viene innestata al tubo di vetro dell'apparecchio Forlanini. Il tubo di vetro (*d*) è in comunicazione mediante un tubo di gomma da vuoto al braccio (*v*) di una pompa idrica (*z*) la quale è applicata al rubinetto (*r*) della sala. Il braccio di vetro (*h*) è in comunicazione mediante tubo di gomma molto resistente coll'ago (*n*).

Funzionamento dell'apparecchio:

A rubinetti (*i*), (*c*), (*f*) chiusi; si apre il rubinetto (*z*) della pompa idrica così da praticare un modico vuoto nella bottiglia (A).

Infisso nel contempo l'ago (*n*) nella cavità da svuotare vi si innesta il tubo (*q*) e si apre il rubinetto (*f*) in modo che (*h*) sia in comunicazione con (*e*); dopo poco istanti, mantenendo sempre aperto (*r*) il liquido comincierà a defluire nella bottiglia (A) in modo continuo uniforme ed a pressione di aspirazione costante; l'aspirazione del liquido potrà poi farsi a forza maggiore o minore a seconda del caso clinico aprendo di più o di meno il rubinetto (*r*). Operando così con una forza di aspirazione modica si può senza che l'infermo abbia a soffrire disturbo alcuno, nè che sopraggiunga tosse stizzosa far defluire nella bottiglia (A) notevole quantità di liquido.

Quando il versamento sia molto cospicuo ed il caso lo consigli si potrà, dopo tolta una certa quantità di liquido, sostituirlo col gas contenuto nell'apparecchio Forlanini. A tal uopo si farà fare al rubinetto (*f*) un quarto di giro, escludendo così la cavità pleurica completamente dall'apparecchio; si aprirà il rubinetto (*c*) e si chiuderà (*r*). Quindi, aperto (*o*), rimanendo sempre chiuso (*q*) si aprirà il rubinetto dell'apparecchio Forlanini in modo da avere la comunicazione col manometro dell'apparecchio stesso.

Con un altro quarto di giro si porrà (*h*) in comunicazione con (*g*) mediante (*f*2) si osserveranno a questo punto oscillazioni del manometro molto limitate ma nette, oscillazioni respiratorie trasmesse attraverso il liquido; e scluso il manometro si aprirà la via al gas contenuto nel Forlanini il quale defluirà spontaneamente verso la cavità pleurica andando a sostituire il liquido evacuato.

La quantità di gas che è opportuno lasciar entrare nel cavo pleurico in sostituzione del liquido tolto deve essere secondo la nostra esperienza uguale alla quantità del liquido estratto, perchè è necessario a questo proposito ricordare, che se è vero che il gas passando dalla temperatura ambiente alla temperatura del corpo si dilata è altresì vero che il gas si lascia comprimere mentre il liquido contenuto nel torace è incomprensibile, la proprietà quindi del gas di dilatarsi per un aumento di temperatura andrebbe a compensare, in piccolla parte, in questo caso, quella della compressibilità cosicchè sostituendo al liquido uguale quantità di gas si manterrebbe il polmone sottoposto ad una pressione pressochè costante.

Che sia neecssario immettere nel cavo pleurico una quantità di gas pari al volume del liquido estratto allo scopo di mantenere il polmono sottoposto ad una pressione pressochè uguale si dimostra collo studio del fenomeno di dilatazione dei gas al calore in rapporto al coefficente di dilatazione.

Infatti l'aumento di volume che subisce il gas passando dalla temperatura ambiente a quella del corpo è minimo, come si può rilevare applicando la formola:

$$Vt = Vo \times (I + \alpha t) \quad \text{ove } \alpha = \frac{I}{273} \quad \text{e } t = \text{temp. ambiente.}$$

Ora operando ad una temperatura ambiente da 15° a 25° il gas passa da tale temperatura a 37,5 nel cavo pleurico; quindi per un litro di azoto o di aria la dilatazione sarà data (supponendo ad esempio la temperatura ambiente a 15° e ricavando Vo in funzione di V 15° come segue:

$$Vo = \frac{V\,15}{I \times t} \quad \text{ossia} \quad Vo = \frac{I}{I + \frac{I}{273} \times 15})$$

$$\text{da } V\,37,5 = \frac{1}{1 + \frac{1}{273} \times 15} \left(1 + \frac{1}{273} \times 37.5\right)$$

$$= \frac{1}{1 + \frac{15}{273}} \times \left(1 + \frac{37.5}{273}\right) = \frac{1}{\frac{273 + 15}{273}} \times \frac{273 + 37.5}{273}$$

$$= \frac{273}{273 + 15} = \frac{273 + 37.5}{273} = \frac{310.5}{288} = 1.07 \text{ litri}$$

Quindi un litro di azoto o di aria passando dalla temperatura di 15° a 37,5° acquista il volume di litri 1,07 e per una temperatura am-

biente di 25° il volume del gas a 37,5 applicando lo stesso procedimento sarà per un litro di litri 1,04 tale aumento di volume è minimo e dimostra la necessità di sostituire il liquido estratto con uguale quantità di gas quando si voglia mantenere collabito li polmone.

Immesso il gas, ripresa la pressione si può a questo punto continuare lo svuotamento, a tal uopo si chiude (*c*) si riapre (*r*) si rimette (*h*) in comunicazione con (*e*) assistendo nuovamente in tal modo al deflusso del liquido.

Se durante l'operazione della sostituzione del gas al liquido è stato necessario svuotare tutto il Forlanini, in questo momento, mentre il liquido continua a defluire si può riempire l'apparecchio di gas. Si chiude pertanto il rubinetto di sicurezza (*o*) si mette la camera d'aria del Forlanini in comunicazione col tubo (*p*), ed avendo cura di togliere come di solito la palla souffé si apre il rubinetto (*q*). Il gas contenuto in (*B*) avendo precluso ogni altra via andrà a riempire la camera d'aria del Forlanini. Chiuso prima (*q*) quindi il rubinetto del Forlanini, aperto (*o*) si avrà nuovamente a disposizione 600 cc. di gas da sostituire al liquido che nel contempo sarà stato estratto.

A tale scopo si riprenderà l'operazione come è stato di sopra descritto.

Qualora il versamento sia molto cospicuo si da riempire tutta la bottiglia (*A*), si procederà allo svuotamento di essa attraverso rubinetto (*i*) si chiuderà con un quarto di giro (*f*) si aprirà (*c*), si chiuderà (*r*) e finalmente aprendo (*i*) in brevi momenti la bottiglia sarà vuota; permettendo in tal modo la continuazione dello svuotamento chiudendo in tempi successivi (*i*) e (*c*), ed aprendo (*r*) e (*f*). Tutto questo avverrà senza che il paziente abbia a subire scossa alcuna rimanendo sempre fisso ed escluso da qualsiasi movimento in tutti questi tempi dello svuotamento in tratto (*u*) e (*h*).

Ho creduto utile descrivere minutamente questo nuovo aspiratore idrico perchè realmente risponde ai requisiti che innanzi ho elencati, requisiti che permettono di procedere in modo molto più sicuro e sistematico di quello fatto fino ad oggi allo svuotamento di grandi raccolte liquide toraciche applicando o meno il pneumotorace di sostituzione.

Tale apparecchio è in uso presso la nostra Sezione Medica Uomini ormai da un anno e mezzo con buoni ed utili risultati. Debbo aggiungere che questo apparecchio non può essere comunemente usato in pratica privata ma largamente sperimentato in ospedali e cliniche potrà trovare utili applicazioni.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

Sulla degenerazione lenticolare progressiva.

(F. WALSCHE. *Medical Science*, ottobre 1924).

Questa è una malattia ad esito letale caratterizzata dallo sviluppo di tremore e rigidità muscolare, in tutti simili a quelli della paralisi agitante, da disartria e disfagia, riso e pianto spastico, con un lieve grado di demenza. E' una delle cosidette malattie estrapiramidali, in cui sono assenti le modificazioni dei riflessi e la sindrome spastica caratteristiche delle lesioni piramidali. La base anatomica consiste in una degenerazione e rammollimento bilaterale del putamen e del nucleo caudato, con cirroni epatica.

Colpisce l'inizio dell'età adulta prevalentemente, e può durare da poche settimane a parecchi anni. Sembra più frequente nei maschi. In qualche caso furono colpiti più membri della stessa famiglia.

Il tremore è il sintomo iniziale, generalmente, ma può mancare, o comparire tardi, o essere sostituito da movimenti atetosici.

La rigidità tende a trasformarsi in una vera contrattura in flessione. È dessa che produce la disartria, e quindi l'anartria, e la disfagia.

La facies è parkinsoniana. La bocca semiaperta lascia defluire la saliva. Fino allo sviluppo di vere contratture non si può parlare di paralisi in senso assoluto, e i riflessi tendinei e cutanei rimangono normali. Un sintoma che colpisce, ma raramente osservato, è la pigmentazione della cornea, che consiste in una zona periferica di aspetto verdastro torbido. Questo sintoma ha talora servito alla diagnosi differenziale con la sclerosi a piastre e con la pseudosclerosi, entità invero poco ben definita, tanto che alcuni casi anticamente descritti sotto questo nome devono ora considerarsi come morbo di Wilson.

Clinicamente la cirrosi epatica, che è un reperto costante di autopsia, è di solito latente: le prove della funzionalità epatica però non di rado svelano una deficienza funzionale.

Anatomopatologicamente si trovano sempre lesioni bilaterali dello striatum (putamen e caudato) con degenerazione della dipendente ansa lenticolare, talora anche lesioni lievi del pallidum. Se le lesioni sembrano mancare talvolta all'esame diretto, si rivelano però sem-

pre al microscopio. Una proliferazione della glia rimpiazza gli elementi nervosi distrutti.

Talora furono anche notate lesioni corticali, talora nel nucleo rosso e nel nucleo dentato.

Tutte queste lesioni non sono mai di natura infiammatoria; non furono mai, salvo in un caso, trovate lesioni vascolari.

I granuli verdastri della pigmentazione corneale si trovano sulla membrana di Descemet, e non danno la reazione del ferro nè della melanina.

Secondo alcuni AA. si dovrebbe distinguere una vera pseudosclerosi, in cui la produzione gliale è di natura neoplastica piuttosto che una gliosi secondaria. In essa si troverebbero le cellule giganti di Alzheimer, che sono assenti nel morbo di Wilson.

Il fegato è generalmente ridotto, consistente, a superficie nodulare.

E' convinzione degli AA. che la lesione primaria sia quella del fegato: però non tutti ammettono una tossina di origine epatica ad azione elettiva sui nuclei della base: ancora non è nota l'etiologia e la patogenesi della malattia.

DORIA.

La tetania neurotica, una nuova forma clinica di tetania.

(ADLERSBERG e PORGES. *Wiener Arch. f. Inn. Med.*, 8, n. 2, 1924).

Sono ormai stabiliti gli intimi rapporti esistenti tra l'alcalosi e la tetania. La tetania da alcalosi è una tetania calcipriva: l'aumentata alcalinità del sangue diminuisce lo stato di jonizzazione del calcio in esso contenuto. Una delle cause che possono determinare l'alcalosi è l'iperpnea. Mentre l'iperpnea da cause organiche non arriva mai a determinare l'alcalosi, perchè vengono prima messi in azione dei meccanismi regolatori della frequenza respiratoria, questi meccanismi fanno invece difetto in determinate condizioni di labilità nervosa, in cui non esiste una base organica all'iperpnea. In questi casi si possono manifestare tutti i sintomi della tetania chiamata dagli AA. in conformità alla sua patogenesi « tetania respiratoria neurotica ».

Le forme in cui si manifesta tale sindrome si possono dividere in tre gruppi. Il 1° gruppo comprende individui nervosi, nei quali in occasione di uno shock o di un intenso stato di agitazione si manifesta l'iperpnea, con conseguenti sintomi più o meno gravi e spesso accessi tipici di tetania. Gli AA. osservarono 8 di tali casi e poterono dimostrare che la tensione dell'acido carbonico dell'aria alveolare, normale nei periodi asintomatici, era diminuita durante la comparsa di segni di tetania. Rapida scomparsa dell'accesso facendo respirare ai pazienti un miscuglio di aria e di acido carbonico. Nel secondo gruppo l'iperpnea si osserva in individui isterici o che hanno sofferto di encefalite epidemica. L'iperpnea si manifesta senza alcuna causa o in seguito a movimenti lievi, in accessi ripetuti e frequenti. Anche in questi casi l'autore potè dimostrare che la tensione dell'acido carbonico nell'aria alveolare era diminuita durante le manifestazioni tetaniache, era normale nei periodi interaccessuali. Il terzo gruppo comprende individui affetti da malattie organiche del cuore, di solito accompagnantesi ad aritmia. In determinate condizioni di labilità del sistema nervoso le palpitazioni e le sensazioni prodotte dall'aritmia determinano un'iperpnea indipendente dalle condizioni circolatorie; questa iperpnea provoca i sintomi della tetania. Dalla dispnea cardiaca che mai determina tetania perchè funzionano bene i meccanismi che regolano la respirazione a seconda della reazione del sangue, questa forma nervosa di iperpnea si distingue per lo stato di compenso cardiaco cui essa si accompagna e per il fatto che essa manca al primo risveglio del paziente, momento in cui la tensione dell'acido carbonico nell'aria alveolare è normale e mancano i sintomi di tetania. In tutti questi casi di tetania da iperpnea, si può determinare la rapida scomparsa dei sintomi facendo respirare al paziente un miscuglio di aria e di acido carbonico. Quest'effetto rapidamente benefico delle inalazioni carboniche, come anche la possibilità di provocare accessi tipici in tetaniaci latenti cui si facciano eseguire respirazioni frequenti e profonde, dimostrano in modo indubbio i rapporti esistenti tra respirazione, reazione del sangue, e tetania.

Altri metodi che fanno diminuire l'alcalosi e quindi curano la tetania, sono il lavoro muscolare (aumento dell'acido carbonico nel sangue) e l'astinenza dagli idrati di carbonio (acidosi da corpi acetonici).

In tutti i casi l'iperpnea rappresenta una reazione a rappresentazioni spiacevoli, a stati di paura, a stimoli dolorosi. Essa ha lo scopo incosciente di diminuire la sensibilità a tali impressioni o stimoli: l'pocarbonemia determina infatti uno stato di stordimento.

POLLITZER.

Osservazioni su alcuni problemi della pressione del liquor.

(M. PAPPENHEIM. *Wien. Klin. Woch.*, n. 40, 1924).

I. *Pressione idrostatica.* — Su tale problema non esiste ancora unità di vedute, sebbene Grashey, fin dal 1892, l'abbia risolto, assodando in via sperimentale che la relativamente bassa pressione indrostatica della colonna del liquor è in rapporto all'influenza esercitata dal sistema vasale che si trova nella cavità cranica e vertebrale. Dallo stesso Grashey fu inoltre stabilito, su premesse teoriche, che in posizione eretta, in condizioni normali, esiste nel cranio una pressione negativa. Parimenti ha trovato conferma la sua ipotesi, secondo la quale, aprendo la cavità cranica, e separando in pari tempo la dura madre, le condizioni della pressione sono essenzialmente diverse da quelle a cranio chiuso, per la scomparsa di detta pressione negativa.

II. *Movimenti del capo.* — Già da tempo si sa che i movimenti del capo influenzano notevolmente la pressione del liquor, e parecchi ricercatori hanno pubblicato dati quantitativi in proposito.

Secondo le esperienze dell'autore la flessione del capo indietro, nella posizione seduta, fa aumentare la pressione da 40 a 120 mm., mentre la flessione in avanti in metà dei casi lascia la pressione invariata, e in metà provoca un aumento di 20-30 mm., o una diminuzione di 20-40. Riportando il capo in posizione normale, nella maggioranza dei casi si ristabilisce la pressione primitiva, mentre in altri pochi persiste un aumento o una diminuzione. In casi con pressione molto alta (290-440 mm.), tanto il movimento in avanti che quello indietro aumentano notevolmente e stabilmente la pressione.

Nei soggetti adagiati ambedue i movimenti provocano pure un modico aumento, ma allorquando il capo riprende la sua posizione normale la pressione torna al valore primitivo, salvo, anche qui, che nel caso di iperpressione.

Tali variazioni non sarebbero però dovute, secondo l'autore, ad una specie di apparato a pompa, ammesso da alcuni, per le ipotetiche modificazioni della cisterna cerebrale, indotte dalla tensione o dal rilasciamento della membrana atlanto-occipitale; bensì le produrrebbe un movimento oscillatorio del liquor, determinato dal riempimento o dallo svuotamento del sistema vasale.

Il che è confermato dal fatto che resultati analoghi si ottengono comprimendo o rilasciando le vene del collo.

È invece logico che intervenga una specie di pompamento del liquor allorquando, caduta la pressione a zero per averne estratto gran quantità, ancora si riesce ad ottenerne, ricorrendo all'artificio di far piegare il capo, come pure di far tossire, o comprimendo il collo.

III. *Respirazione profonda.* — Barány consiglia, per apprezzare il «minimo della pressione del liquor», il seguente procedimento: «Assicuratisi che il liquor nel tubo di misurazione si muove liberamente, si fa eseguire al paziente delle respirazioni profonde, fino a che la discesa della colonna si arresta». Basandosi su tale osservazione l'autore ha eseguito ricerche sistematiche in vari malati, venendo alla conclusione che, nella puntura a posizione adagiata, la respirazione profonda protratta induce di regola una diminuzione della pressione, la quale però, quasi costantemente, torna alla norma colla ripresa del respiro regolare. Nella posizione seduta i resultati non furono netti.

Anche qui la spiegazione del fenomeno va ricercata nelle variazioni che si producono nel sistema vasale, partecipando anche il plesso epidurale alle oscillazioni di pressione endotoraciche, in rapporto all'inspirazione e all'espirazione.

IV. *Estrazione del liquor.* — L'autore, nella sua monografia sulla puntura lombare, dichiara che in media la fuoruscita di 1 cmc. di liquor equivale alla diminuzione di circa 1 cm. di altezza della pressione.

Dice inoltre che una diminuzione lenta della pressione, nonostante la fuoruscita di una grande quantità di liquor, si ha nel caso di aumentata pressione, con aumento della quantità totale; e che invece una rapida diminuzione, pur essendo fuoruscita una piccola quantità, costituisce un sintoma importante per la diagnosi differenziale tra tumore cerebrale e meningite sierosa.

Ayala ha creduto di modificare tali osservazioni, stabilendo la formula $Rq = \left(\frac{Q\ F}{I}\right)$ secondo la quale il quoziente residuale (Rq) sarebbe eguale alla quantità del liquor estratto (Q) modificato per la pressione finale (F) e diviso per quella iniziale (I).

Secondo tale formula, nella meningite sierosa si avrebbe un valore tra 7 e 10, e nei tumori cerebrali tra 2,25 e 4,55.

Ma poichè i valori che dalla formula si possono ottenere variano in rapporto alla

quantità di liquor estratto, bisognerebbe per lo meno stabilire delle cifre per le condizioni normali.

L'autore ritiene perciò che, a scopo pratico, è sufficiente attenersi alla semplice osservazione, nella maniera sopraenunciata.

M. FABERI.

L'attività sensoriale della cute.

(WATERSTON. *Brain*, Vol. XLVI, P. II).

È ben nota la osservazione fisiologica che se si accosta leggermente alla pelle un sottile bastoncino di metallo con varia temperatura non si ha una sensazione di freddo o di caldo in tutti i punti, ma solo quando il contatto avviene in certe zone o punti di solito poco estesi, che sono appunto dette zone rispettivamente per il caldo o per il freddo.

Analogamente se si esamina la superficie cutanea premendo leggermente con una setola delicata o fortemente con una setola dura non in tutti punti si hanno sensazioni tattili o dolorose: anche per queste sensibilità esistono zone tattili e dolorifiche.

In base a queste osservazioni la superficie cutanea fu considerata come un mosaico di piccole zone sensoriali ciascuna sensibile per uno stimolo specifico. Si ammise nella pelle e nel tessuto sotto-cutaneo la esistenza di formazioni specifiche ciascuna destinata ad una sensibilità, quelle della sensibilità tattile nei corpuscoli di Pacini e di Meissner, quelle della sensibilità per il caldo e per il freddo in altre terminazioni, tutte agenti come recettori.

La teoria degli organi terminali speciali implica la esistenza di speciali fibre conduttrici del tatto, del dolore, del caldo e del freddo.

Questa teoria sarebbe confermata dalla dissociazione della sensibilità che si riscontra nella siringomielia ed in altre affezioni midollari.

Le osservazioni di Head e Rivers sulla anestesia cutanea in seguito a lesione dei nervi cutanei e durante la loro rigenerazione dimostrano che non tutte le forme di sensibilità sono egualmente perdute e non ugualmente si ristabiliscono. Perciò i detti autori emisero la teoria del doppio meccanismo della sensibilità cutanea, la epicritica e la protopotica, ciascuna deputata a certe forme di sensibilità con speciali recettori e fibre per le varie forme di sensibilità.

Waterston ha fatto particolari studî per portare luce su i fatti finora in contestazione ed avviare il problema alla soluzione.

Le sue esperienze tenderebbero a dimostrare che la sensazione tattile avviene per eccitazione delle cellule epiteliali, che sono veri organi recettori. Le cellule epiteliali eccitate per contatto trasmettono alle fibrille nervose uno stimolo che provoca l'impulso sensitivo.

La distribuzione dei così detti corpuscoli tattili dimostra che essi non costituiscono da soli gli organi recettori per le sensazioni tattili.

I corpuscoli di Meissner sono in certe regioni troppo sparsi per poter compiere tale funzione, ed i corpuscoli di Pacini sono ancora meno numerosi. D'altra parte questi corpuscoli esistono in tessuti (periostio, mesentere, ecc.) che non posseggono sensibilità tattile.

Se si esamina l'attività sensoriale della superficie esposta dopo avere asportati strati di vario spessore di cute a mezzo di un vescicante, si trova che asportando soltanto uno strato sottile di epitelio la superficie è asciutta e la sensibilità tattile è conservata, ma quando lo strato di epitelio asportato è più spesso il contatto di corpi estranei non provoca più sensazione tattile ma dolore.

L'epitelio quindi è l'organo recettore del tatto, esso trasmette lo stimolo eccitato dal contatto alle fibre terminali che si trovano tra le cellule degli strati profondi.

L'attività dei punti sensibili per il caldo e per il freddo presenta aspetti molto interessanti.

Il numero di tali punti che risultano sensibili in un'area di determinata estensione varia ad ogni osservazione e nei varii individui.

Nelle ordinarie condizioni il numero dei punti sensibili per il caldo e per il freddo sono in ogni osservazione solo una frazione di quelli realmente esistenti nell'area esaminata.

I punti stessi sono esauriti dalla ripetizione degli stimoli. Dopo due o più eccitazioni ogni punto non risulta più sensibile, mentre se ne svelano altri prima silenti.

Questo fenomeno si presentava di difficile interpretazione fino a che non si scovrì la legge della fluttuazione che governa tutti i tessuti: l'attività fisiologica di un organo in condizioni anormali non è la risultante della funzione di tutte le parti, ma solo di una piccola parte dell'organo stesso: le parti di un organo sono in un continuo alterno ritmo di lavoro e di riposo.

La fluttuazione è molto sensibile ai margini delle aree di anestesie dovute a lesioni dei

tronchi nervosi o del midollo, con essa si spiega la grande variabilità dell'estensione delle aree stesse ad ogni osservazione.

Un fatto analogo avviene nelle zone iperalgesiche.

La fluttuazione delle sensibilità trova il suo riscontro nella fluttuazione dell'attività dei capillari e non è improbabile che esista un rapporto causale.

Al riguardo è da notare che le zone divenute eritematose a mezzo di applicazione di senapa sono ipersensibili per il caldo: la iperemia abolisce la fluttuazione, rende attivi contemporaneamente tutti i ricettori termici, donde la estrema sensibilità al caldo della rispettiva zona cutanea.

Dr.

GASTRO-ENTEROLOGIA.

Il decorso linfatico dell'angolo ileo-cecale e la sua possibile relazione nella genesi dell'ulcera gastrica e duodenale.

(BRAITHWAIT: *The Brit. Jour. of Surgery*, volume XI, n. 41).

Alterazioni infiammatorie nella zona iliaca destra sono molto comuni e spesso vi si trova un nesso con la formazione della membrana di Jakson, con la insorgenza di ulcere gastriche o duodenali, di calcolosi biliare. Secondo Moynihan per alterazione dell'appendice può verificarsi nello stomaco lo spasmo pilorico, la congestione del piloro, l'ingrossamento delle ghiandole della grande curvatura lungo i vasi della gastro-epiploica destra.

Il deflusso normale della linfa dell'angolo ileo-cecale è stato studiato largamente nel feto mediante iniezioni. I linfatici dell'appendice, cieco ed ultimi 6 pollici del tenue vanno in un gruppo di 5 o 6 vasi alla catena ghiandolare lungo la linea dell'arteria ileo-colica. I tronchi efferenti passano di fronte alla quarta porzione del duodeno raggiungendo il gruppo di ghiandole ammassate intorno alla mesenterica superiore, la catena lombare ed il receptaculum chili.

L'A. ha iniettato sperimentalmente nei gatti indico-carminio: iniettando le ghiandole pericecali spesso trovava le ghiandole piloriche iniettate, negli animali vivi, giungendo solo alle ghiandole del bordo pancreatico in quelli morti. Lo stesso osservava mediante iniezioni di prodotti tubercolari umani nella sottomucosa del cieco o dell'ultima porzione dell'ileo: si aveva una tubercolosi delle ghiandole piloriche.

Nell'uomo, per avere una pressione equabile, ha utilizzato una pompa ad aria con un manometro a mercurio in connessione con un ago da cui fluiva l'indico-carminio. Ha fatto in tutto 24 iniezioni. L'iniezione con la stessa pressione nella sottomucosa dello stomaco del vivo era di estensione una volta e mezza più grande e più rapida del cadavere.

La prima serie di iniezioni fu fatta nell'appendice e dimostrò che non vi sono comunicazioni coi linfatici della pelvi, ma che pochi vasi passano nello spazio della fossa iliaca destra verso il tenue ed il colon ascendente; qualche volta dopo il passaggio per la catena ileo-cecale l'iniezione andava nelle ghiandole intorno alla mesenterica superiore, la maggior parte della linfa passava per le ghiandole della testa del pancreas ed in quelle del margine curvo del duodeno e da qui nel piloro e qualche volta lungo il coledoco. L'iniezione delle ghiandole della grande curvatura vicino al piloro non fu seguita nella catena ileo-cecale; osservazioni più minuziose fecero vedere che alcuni linfatici passano per la testa dei pancreas e lungo il coledoco.

Legando una ghiandola ed iniettando la ghiandola inferiore non si aveva colorazione nella ghiandola legata, ma si vedeva il liquido passare nella superiore.

Oltre alla corrente nella direzione dei linfatici si deve ammettere una corrente inversa data dalla ostruzione dei vasi al disopra la quale spiega l'invasione linfatica retrograda specialmente nei tumori.

Oltre che per i linfatici anche per mezzo del grande omento una infezione dell'appendice può propagarsi allo stomaco e al duodeno; infatti il Wilkie ha trovato nell'omento vasi trombizzati, per cui è facile che emboli passino nello stomaco. La presenza di linfa infetta nei vasi duodenali può dar luogo ad alterazioni differenti in relazione con la gravità dell'infezione: una forte infezione acuta può produrre itterizia catarrale, una infezione cronica, una dispepsia duodenale ed una infezione lenta di tipo medio, un'infiammazione ed erosione dei follicoli linfatici del duodeno. Questa erosione viene protetta dalla bile e dal succo pancreatico, alcalini, e guarisce se è al disotto della papilla, mentre se è al disopra, dove il contenuto è acido si ha formazione di ulcera.

Riguardo allo stomaco gli effetti delle infiammazioni della fossa iliaca d. sono congestione, iperacidità e spasmo condizioni presenti nella dispepsia appendicolare. Per il sopraggiungere di una infezione si verificano delle erosioni e necrosi. Infatti Letulle produ-

ceva l'ulcera gastrica iniettando lo stafilococco nella cavità peritoneale, ulcere acute sono osservate in malattie infettive (febbre puerperale, peritonite, pleurite) e residui d'infezione sono stati rinvenuti nelle ulcere (Bolton, Balfour).

Il fatto che l'ulcera colpisce la piccola curvatura vicino al piloro va spiegato con il maggior numero di follicoli linfatici in tale punto.

Con lo stesso meccanismo della trasmissione linfatica le infiammazioni dell'appendice possono dare infiammazione dei dotti biliari.

BRANCATI.

Morte per emorragia in seguito a G. E.

(METGE. Zeit. f. Chir., 1924, n. 132).

Pubblica sotto questo titolo 4 casi occorsi alla clinica chirurgica di Rostock negli ultimi 18 mesi.

In un caso si trattava di un uomo di 61 anni che aveva subito precedentemente una B. I. per ulcera pilorica. Un anno dopo era stato accolto in clinica per fenomeni di stenosi, e, operato di G. E. retrocolica posteriore in anestesia splancnica, morì dopo due giorni per emorragia. All'autopsia: ulcerazioni in corrispondenza della cicatrice di resezione dello stomaco con arrosione di un ramo dell'a. g. sin.

Nel secondo caso, riguardante un uomo di 24 anni era stata eseguita pure in anestesia splancnica una G. E. antec. ant. per ulcera pilorica, piccola, ma a margini infiltrati. Il paziente fu rilaparotonizzato la sera stessa per la grave emorragia intragastrica verificatasi nel pomeriggio e continuante nonostante i comuni emostatici, ma rimase nel tavolo operatorio.

Nel terzo caso un uomo di 41 anni che ebbe pure una G. E. antec. ant. in anestesia splancnica per ulcera callosa della piccola curvatura, due dita sopra il piloro, e per altra eguale. del piloro, la morte avvenne per emotemesi due giorni dopo.

Nel quarto caso riguardante un vecchio di 70 anni si era trattato di una semplice laparotomia esplorativa, essendosi riscontrato sulla parete posteriore dello stomaco, 3 dita totto il cardias, un'ulcera a parete dure e bozzate che fu interpretata come canc o. Morto il paziente dopo tre giorni, con vomito ematico, fu riscontrato all'autopsia che si trattava di ulcera gastrica cronica, ederente al pancreas, che aveva dato forte emorragia per corrosione di un vaso nell'ulcera.

Anche nei casi 2 e 3, non ostante che non fosse stata riconosciuta corrosione di vasi nell'ulcera, era chiaro che l'emorragia era pervenuta dall'ulcera.

In ogni caso si potè escludere come sede dell'emorragia la bocca anastomotica. L'A. aggiunge una parola di commento sulla facilità con la quale egli riscontra la stenosi nei resecati alla B. I. a differenza di quanto succede nei ben numerosi resecati alla B. II., e, soffermandosi nei casi 2 e 3, che morirono per la complicazione emorragica di un'operazione consecutiva, si domanda se queste perdite non abbiano a pesare nella discussione fra resezione o G. E.

B.

La terapia medica dell'ulcera gastrica e duodenale.

(P. ALESSANDRINI. *I Problemi della Nutrizione*, fasc. III, 1924).

L'orientamento futuro della terapia dell'ulcera gastrica dovrà tenere in gran conto il fattore endocrino per la guarigione, e sovratutto per impedire le recidive. Attualmente però è prematuro istituire una terapia endocrina, specie per ciò che si riferisce agli innesti ghiandolari.

Cura dietetica. — Deve essere la prevalente perchè, se opportuna, attenua il lavoro dello stomaco, e quindi la secrezione dell'HCl, e impedisce la formazione di spasmi della *muscolaris mucosae.* L'alimentazione lattea, risparmiando allo stomaco il lavoro dissociativo chimico e meccanico, e ricca di sostanze grasse che inibiscono la secrezione acida, è condizione indispensabile per rompere l'anello della catena, che mantiene la cronicità dell'ulcera gastrica. Inoltre ha valore diagnostico, perchè in genere il dolore scompare dopo il 4° o 5° giorno dall'inizio della cura, se esiste ulcera gastrica. La dieta puramente lattea non va prolungata oltre il 10° giorno, perchè può provocare stati dispeptici; e non conviene sorpassare i due litri giornalieri, con l'aggiunta di piccole quantità di zucchero, stando il malato in assoluto riposo, a letto. Preferibile è il latte crudo se di sicura provenienza. Deve essere assorbito in dosi uguali ogni due ore, a piccoli sorsi, lentamente. Alcuni malati sopportano meglio il latte omogeneizzato e citratato (10 gr. di citrato di sodio per litro). Può darsi anche latte condensato nella quantità corrispondente a 2 litri diluito in metà d'acqua. Negli intervalli si aggiunge acqua alcalina fino a due litri di liquido. Si combatte la diarrea con acqua di calce, un cucchiaio da minestra ogni bicchiere di latte, e la stipsi con piccole dosi di magnesia prese assieme al latte. Alcune volte si combatte la diarrea sostituendo al latte ordinario il latte acido.

Dopo la dieta lattea si consiglierà per una settimana una dieta di latte, di uova fresche (alla *coque*) o di farinacei, riso, paste alimentari poco condite, legumi verdi passati. In fine si passerà al regime misto con pesci magri bolliti, carni bianche o rosse arrostite. È opportuno tener conto delle ripugnanze individuali, e abbondare di calorie nel secondo periodo. Alimenti proscritti sono: antipasti, e tutti i generi di pizzicheria, escluso il prosciutto; conserve alimentari, legumi verdi non passati al setaccio, cavoli, cipolle, pomodori; pesci grassi (tonno, palombo), ostriche, aragoste e gamberi; carni grasse (oca, anitra, maiale, agnello), cacciagione frolla, fritture, formaggi fermentati, frutta secche, mele e pere non cotte, generi di pasticceria, pane poco cotto, specie la midolla, gelati, cioccolato, bevande alcooliche, thé forte, caffè.

Una regola indispensabile è la regolarità dei pasti, la buona masticazione, il riposo fisico e intellettuale specialmente durante i pasti.

Cura fisica. — Si consigliano dai vari autori vari mezzi. Nei casi di ulcera con emorragia in atto è preferibile la borsa di ghiaccio, mentre in quelli di ulcera non sanguinante si terrà conto delle preferenze del paziente, e comunque si trarrà un utile terapeutico specie se è necessario tenere l'ammalato a letto come nella prima settimana della cura dietetica. Per quello che si riferisce alla balneoterapia non esiste una fonte elettiva per la cura dell'ulcera gastrica, e tanto meno dell'emorragia, mentre esistono acque controindicate in ogni caso, come le cloruro-sodiche e le gassose. Una cura prudente a Karlsbad, Vichy, Chianciano potrà, anche tentarsi, sempre sotto la direzione di un medico.

Cura medicamentosa. — Oggi ha perduto molto della sua importanza. Si è ripetuto per molti anni che il sottonitrato di bismuto avesse un'azione specifica sull'ulcera gastrica, e ne fu consigliato l'uso ad alte dosi da Kussmaul e da Fleiner. Il bismuto in realtà in molti casi fa cessare il pilorospasmo e quindi i dolori in rapporto con esso, ma costituisce solo un buon coadiuvante della dieta. È opportuno somministrare il bismuto a cucchiaini al mattino in sospensione acquosa, preferendo il carbonato al sottonitrato. Si può usare nello stesso modo il solfato di bario. L'uso però non va prolungato oltre il 5° o 6° giorno della dieta lattea, perchè favoriscono la stipsi, contro la quale si agisce con lievi lassativi (rabarbaro, podofillina, fenoftaleina) che sono però controindicati in casi di emorragie. La stitichezza ostinata che favorisce, in via riflessa, gli spasmi del piloro o della muscolatura gastrica, va combattuta anche con clisteri. Se i dolori sono molto intensi si può somministrare il bismuto, o il bario, con analgesici

Carbonato di bismuto (o solfato di bario) ctgr. 50
Cloridrato di morfina » 1
(o fosfato di codeina » 2-3)
p. 1 cachet; 3-4 al giorno.

Un'azione calmante dei dolori l'hanno tutti gli alcalini, specialmente se esistono valori alti di HCl. Ecco qualche formula che si è mostrata più efficace nella pratica:

Citrato sodico }
Carbonato di magnesia } anagr. 30
Fosfato di codeina ctgr. 30
S. 1 punta di coltello varie volte al g.

Bicarbonato sodico }
Fosfato di magnesia } anagr. 10
Estratto di belladonna ctgr. 10
S. c. s.

Se esiste tendenza alla stipsi:

Magnesia usta }
Carbonato sodico } anagr. 5
Polvere di radice di rabarbaro gr. 10
Lattosio » 25
S. 1 punta di coltello ogni ora.

L'uso dell'*atropina*, in base alle idee sulla patogenesi dell'ulcera gastrica, è sempre da consigliarsi, anche per lungo tempo dopo cessati i dolori, per iniezioni ipodermiche in dosi di 3-4 mgr. al g. Essa avrebbe lo scopo di modificare lo stato disergico vagotonico, che è a base della cronicità dell'ulcera gastrica. Meno indicata è l'adrenalina per la sua azione fuggevole e perchè può favorire l'emorragia. Durante il periodo doloroso è preferibile la belladonna che pare abbia un'azione spiccata sul pilorospasmo. Un ottimo preparato recente è la *spasmalgina*, associazione di atropina e papaverina. Sono stati abbandonati: il nitrato di Ag sotto forma di pillole, e di lavaggi gastrici; l'olio, che provoca nausea, la cura del glucosio. Per quel che riguarda le *emorragie* è inutile dimostrare la necessità del riposo in letto, con compresse fredde sull'addome e con la sospensione completa di ogni alimentazione per os. Con i comuni clisteri nutritivi si può mantenere in discrete condizioni il paziente anche 10-15 giorni. È opportuno alternare nei clisteri, latte normale con latte acido, per evitare eccessive fermentazioni sul lattosio. Per combattere il senso di fame si dà *eucaina idroclorato* (soluzione al 5%: 10 gocce, varie volte al giorno). Per aumentare la coagulabilità del sangue si ricorre ai clisteri di gelatina al 10% (40 c.c. per clistere), o alle

iniezioni per via sottocutanea, di clisteri di cloruro di calcio, o meglio alle iniezioni endovenose (10 c.c. della soluzione al 5%), alle iniezioni sottocutanee di siero di cavallo. La cura di emetina non ha corrisposto alle speranze su di essa fondate. Dei preparati recenti si può tentare quelli di piastrine. L'adrenalina non va usata per via ipodermica, per la sua azione ipertensiva; ma può consigliarsi per *os* 5-10 gocce ogni 2 ore, della soluzione al millesimo. Dei vecchi preparati ancora si adoperano l'*hydrastis canadensis* e l'estratto fluido di *hamamelis virginica*. In qualche caso si possono tentare le iniezioni endovenose di soluzioni ipertoniche saline col metodo di Van der Velden (20 c.c. di soluzione recente 10-15 %) e di glucosio (200 c.c. di soluzione 5-20 %). In caso di collasso: ipodermoclisi e fleboclisi con adrenalina, legatura delle estremità. Nei casi gravissimi, specialmente se le emorragie sono ripetute, è opportuno ricorrere all'intervento chirurgico anche nel corso dell'emorragia. Finchè durano le ematemesi, non è opportuno ricorrere all'alimentazione per bocca. Quando l'emissione di sangue per le feci è solo svelabile con mezzi chimici, si può iniziare la dieta lattea, con piccole quantità, e con controllo quotidiano delle feci.

Contro il *vomito* talora ribelle alla dieta lattea, e ai comuni mezzi (acqua cloroformica, cocaina, papaverina, spasmalgina, ecc.) è opportuno ricorrere all'alimentazione rettale. Il vomito non costituisce indicazione all'atto operativo, salvo casi eccezionali, per lo p. quando è sintomatico di ulcera stenosante.

Nel problema dell'ulcera gastrica e duodenale non esiste un accordo su le indicazioni operatorie, nella massima parte dei casi. Esistono però indicazioni assolute: la perforazione, le emorragie ostinate, la stenosi pilorica grave, la perigastrite deformante, la degenerazione neoplastica. L'inefficacia della cura medica non è indicazione all'atto operativo, potendo la cura essere stata male applicata, o male eseguita, a prescindere dagli errori diagnostici. Occorre poi mettere bene in rilievo che, anche dopo un intervento, non bisogna abbandonare il malato a se stesso, non solo per la possibile formazione di ulcere sulla bocca della gastroenterostomia, ma anche perchè, specie in casi di disergia costituzionale, è frequente la formazione di nuove ulcere che bisogna possibilmente prevenire mediante opportuni consigli igienico-dietetici.

A. PICCINELLI.

La preparazione e l'accudienza agli operati di stomaco.

(V. PAUCHET. *La medicina Ibera*, 19 luglio 1924).

Un intervento sul tratto gastro-intestinale necessita: 1) l'esame clinico e completa; 2) l'esame del sangue (Wassermann e azotemia); 3) esame dell'orina (acidosi, albumina e zucchero); 4) esame chimico del contenuto gastrico; 5) studio radiologico completo, che non si limiti allo stomaco, in quanto che la maggior parte dei disturbi gastrici è di origine reflessa (colecistite, appendicite, ecc.); 6) prevenire le complicazioni polmonari con la disinfezione delle narici (olio al gomenolo) della faringe, la cura dei denti, la ginnastica respiratoria, eventualmente l'iniezione di vaccino antipneumococcico o polivalente; 7) prevenire la parotite, che è conseguenza dell'infezione della bocca, del cattivo stato di nutrizione, della disidratazione, e che conduce spesso a morte. Iniettare vaccino polivalente ai primi sintomi; 8) evacuare l'intestino, mediante ripetuti clisteri di glicerina con olio o con bile; 9) lavare lo stomaco, anche per abituare il malato all'introduzione della sonda che si rende necessaria nei 2-3 dei casi; 10) insegnare all'infermo a respirare profondamente, eventualmente con l'uso dello spiroscopio. Come alimentazione preoperatoria, se vi è stenosi del piloro, fare un goccia a goccia rettale od ipodermoclisi di siero glucosato, altrimenti far bere sciroppi di frutta e bevande alcaline. Negli individui molto anemizzati, fare una trasfusione preoperatoria ed una postoperatoria.

Durante l'operazione, si farà l'iniezione continua di siero fisiologico caldo, introducendo uno-due litri, ciò che serve ad evitare la sete, Anzichè l'anestesia generale l'A., consiglia la rachianestesia e quella regionale (della parete addominale e degli splancnici) che sono sufficenti nel 95% dei casi. Nell'operazione procedere con dolcezza per evitare trazioni indebite sullo splancnico, fare un'ematosi accurata, guardarsi da ogni precipitazione dei tempi operatorii, ciò che è possibile fare usando l'anestesia regionale. Si proporzioni l'atto operatorio alle forze del paziente, facendo se del caso, l'operazione in due tempi, e si eviti ogni atto di inutile audacia. L'addome va esplorato completamente quando ciò sia possibile senza pericolo. Nel caso di dolori a tipo nettamente gastralgico, si faccia la resezione dei nervi, secondo la tecnica di Latarjet e vi si associ la piloroplasica.

Fatta l'operazione, si somministri la morfina che calma il dolore ed è il mezzo miglio-

re per evitare l'acidosi postoperatoria e le complicazioni polmonari. Si curi molto la pulizia della bocca. Il regime varierà secondo ogni infermo. All'inizio, quelli resistenti operati di ulcera gastrica prendano il meno possibile, possono bere acqua alcalina o zuccherata. Se si tratta di un cachettico, operato per cancro del piloro, si può dare subito latte o tapioca. Guardarsi dal regime troppo stretto chè si corre il pericolo di far morire di fame. Nei cancerosi operati per gastrectomia palliativa, ogni limitazione di regime è inutile.

In caso di vomito, o di elevamento di temperatura, se lo stomaco è rigonfio o se il malato ha sensazione di barra gastrica, fare subito una lavanda gastrica, con acqua calda ed eventualmente nitrato d'argento od adrenalina. Nel caso di meteorismo, applicare ghiaccio sul ventre o la sonda rettale. Far tenere al malato la posizione e fargli fare la ginnastica respiratoria.

La fasciatura va evitata; la miglior medicatura consiste in uno strato di garza tenuto dal cerotto. I punti metallici, che sono più solidi e permettono al malato di alzarsi, si leveranno dopo 15 giorni; quelli di catgut e le graffe si levano dopo otto giorni.

L'ammalato starà a letto almeno dieci giorni; se ha avuto una incisione trasversale od una sutura verticale in un piano, con punti metallici, potrà alzarsi anche dopo 4-5. Nella semplice laparotomia esplorativa, con fili metallici, l'operato potrà alzarsi anche subito ed è anzi utile che lo faccia.

fil.

Quel che si può fare nei cancri inoperabili dello stomaco.

(PEDRAJAS A. *La medicina Ibera*, 1924, n. 333).

Certamente vi è qualche cosa da fare per questi pazienti veri candidati a morte: se non possiamo guarirli, l'umanità ci ingiunge di alleviare le loro sofferenze. Basandosi su una esperienza di molti casi, l'A. afferma che si può anzitutto lottare direttamente contro il cancro cercando di diminuire la velocità della sua marcia, procurare una alimentazione in rapporto alle forze digestive del paziente, combattere le manifestazioni gastriche ed intestinali della sua dispepsia, calmare le molestie derivanti dalla situazione del tumore, opporsi nel miglior modo alla cachessia cancerosa.

Come terapia specifica furono esperimentati i fluoruri:

Fluoruro d'ammonio gr. 1. Acqua gr. 300 una cucchiaiata al g.

Fluoruro di calcio gr. 0,10. Lattosio gr. 5. Dividi in 10 carte; una dopo ciascun pasto.

La chinina in iniezioni, associata al cacodilato, migliora certamente lo stato generale.

L'A. in un caso di cancro del cardias ottenne un certo risultato con iodio (fino a 80 gocce quotidiane di tintura) nessuno con le « collobiasi ».

Il vaccino di Keysser (di Friburgo) usato in sei casi diede luogo a qualche buon effetto solo in uno.

Nel cancro dello stomaco, per quel che riguarda l'alimentazione, è impossibile fissare un tipo: il latte è un alimento ideale: necessita pochi succhi digestivi, viene evacuato rapidamente, non eccita nè stimola il tumore. Però non è tollerato da molti; questo inconveniente si può evitare in alcuni casi aggiungendo labfermento (opoterapico) o, meglio ancora, con abbondanti somministrazioni di Kéfir.

La carne in genere è mal tollerata: sono ben tollerate le gelatine, i grassi in genere sono digeriti male. I legumi e le purées di legumi debbono essere la base dell'alimentazione; uso moderato di salse, di vino lungo, di birra, di pane tostato. Utili sono le arance ed i frutti acidi.

Contro la dispepsia:

Acido cloridrico officinale 20 gr. Acqua 180 gr. un cucchiaio in acqua durante il pasto.

Pepsina fluida gr. 10. Glicerina gr. 80. Acqua di menta gr. 150 un cucchiaio dopo il pasto.

Come eccitante della secrezione serve il condurango.

Contro le pirosi gli alcalini: piccole prese della formula.

Cloruro di sodio gr. 1. Fosfato sodico gr. 2. Solfato sodico gr. 4. Bicarbonato sodico gr. 8. Acqua 1000 gr.

Contro l'inappetenza: quassio, colombo, genziana, noce vomica, ecc., ovvero cucchiaini ripetuti di: Papania gr. 1. Bicarbonato di sodio gr. 100.

Contro la stipsi: lassativi deboli: polvere di liquirizia, magnesia effervescente, olio di paraffina (30 gr. tutte le mattine a digiuno).

Contro il dolore: caldo, bismuto, clorato di sodio (6-8 gr. al giorno) ovvero suppositori di: Estratto tebaico gr. 0,03 estratto di belladonna gr. 0,01.

Ovvero la cocaina, la codeina, il cloralio, l'anestesina, il pantopon. Contro le nausee: acqua cloroformica ed acqua di menta. Contro la diarrea: medicazione acida, laudano, elixir paregorico. Per la cachessia: siero artificiale, caffeina, stricnina, arsenico, ecc.

Contro le emorragie: bismuto, acqua ossigenata, emetina, adrenalina, ecc.

Per l'ipersecrezione: atropina. Contro il singhiozzo: bromuri.

MONTELEONE.

QUESTIONI DEL GIORNO.

L'immunità locale. Cutivaccinazione e Medicazioni specifiche.

(A. BESREDKA. *Presse Médicale*, N. 56; 1924).

L'immunità locale, come è intesa dall'A. è quella che si ottiene per vaccinazione di un solo organo, ma che si accompagna quasi sempre con l'immunità dell'organismo intero. È una immunità senza anticorpi. Questa nozione non è ancora diffusa, poichè se si conoscono casi in cui gli anticorpi sono presenti senza che vi sia immunità, l'inverso non è ammesso.

Oggi è ancora diffusa e radicata l'opinione che non esiste immunità acquisita, attiva o passiva, che non sia preceduta dalla formazione di anticorpi, alla presenza dei quali i microbiologi, specie dopo i successi della sieroterapia, riportano ogni reazione di difesa. Tuttavia l'entusiasmo per la sieroterapia è passato, e le ricerche e le osservazioni recenti sul meccanismo delle infezioni dissenterica, paratifica, streptococcica e stafilococcica hanno fatto orientare il problema dell'immunità verso una nuova direzione, in cui uno scarso compito è riservato agli anticorpi.

Nell'infezione carbonchiosa l'immunità locale appare nella sua purezza, tanto che per metterne in rilievo i tratti caratteristici basta riassumere le nozioni più recenti relative a detta infezione. Il metodo di vaccinazione contro il carbonchio che si dimostra efficace per gli animali di grossa taglia, fallisce quasi sempre per le cavie. L'A. studiando il meccanismo di infezione carbonchiosa nelle cavie, ha constatato il fatto imprevisto che la sensibilità di questi animali verso l'infezione è limitata alla pelle. Questa immunità naturale era sfuggita agli sperimentatori perchè ogniqualvolta essi iniettavano del virus carbonchioso sia nel peritoneo, sia nella trachea, sia nel cervello, traversavano la cute e vi depositavano inevitabilmente una particella di virus anche minima, e tuttavia sufficiente a provocare una infezione cutanea mortale. Si commetteva così un errore di tecnica, e un errore di interpretazione. Per dimostrare cioè basta evitare il contatto del virus con la pelle: si possono allora introdurre nelle cavie centinaia di dosi mortali nel peritoneo o altrove, senza provocare il minimo disturbo. Dunque l'infezione carbonchiosa non attacca tutti gli organi indistintamente, non è una setticemia nel senso comunemente inteso, ma è una malattia della pelle che conduce alla setticemia mortale.

Passando al meccanismo della vaccinazione, le esperienze dell'A. hanno dimostrato che la cavia può essere vaccinata, ma per la sola via sensibile che essa possiede, cioè la via cutanea, permettendo di realizzare una immunità solidissima. Ogni altra via seguita è senza successo. È chiaro allora che, se l'acquisizione dell'immunità è così subordinata all'organo in cui si porta il virus, questa immunità deve essere di essenza locale, cioè indipendente dalla produzione di anticorpi. Questa conclusione è confermata da esperienze dirette: quando in un animale debitamente vaccinato, e con grado alto di immunità, si ricercano gli anticorpi usuali, si trovano o in scarsa quantità, o, molto spesso, completamente assenti.

In apparente contradizione a questi fatti, starebbe il comportamento dell'infezione carbonchiosa in altri animali, come le vacche e i montoni, nei quali è possibile praticare la vaccinazione per via sottocutanea con buoni risultati. L'A., basandosi sulle ricerche di Plotz nei conigli, ammette che nella introduzione ordinaria del vaccino nel sottocutaneo una piccola quantità di virus, attraverso il tramite scavato dall'ago, raggiunge la pelle, e viene a contatto delle cellule recettive, provocando così la cutimmunità anticarbonchiosa. Le esperienze recentissime sui montoni iniziate da Mazzucchi in Italia, e proseguite nel Marocco da Velu, dimostrano la possibilità di determinare una *cuti immunizzazione* assai solida, con una sola iniezione di vaccino nella pelle. Analoghe prove di cutivaccinazione sono state fatte con buon esito sui cavalli, anche su vasta scala.

Il carbonchio è il tipo della malattia locale che si riesce a dominare con la vaccinazione locale, ma ve ne sono delle altre. La dissenteria, le affezioni tifo-paratifiche, il colera costituiscono un gruppo di malattie caratterizzate da una affinità elettiva per l'intestino, nelle cui pareti i virus determinano principalmente i processi morbosi e le lesioni specifiche, e, nei casi favorevoli, trasformandosi in vaccini, esercitano un'azione benefica, creando la immunità intestinale locale, a cui non partecipano, quasi, gli anticorpi.

La vaccinoterapia è oggi molto diffusa specialmente in America e in Inghilterra, dove tutte le malattie microbiche sono trattate con i vaccini. Non v'ha dubbio che in numerosi casi

la vaccinoterapia dà soddisfazione ai clinici. Secondo Wright, promotore del metodo, il successo del trattamento è dovuto al potere opsonizzante degli anticorpi elaborati dall'organismo, sia nel corso della malattia, sia per lo stimolo delle iniezioni di vaccino. Vi è tuttavia in questa spiegazione, accettata da microbiologi e da clinici, qualche cosa che non si concilia con i fatti del laboratorio. La bontà del trattamento si è rivelata sopratutto nelle infezioni stafilococciche: ora è a tutti noto che nessun microbo è così cattivo antigene come lo stafilococco, come è noto che la vaccinazione antistafilococcica sperimentale, sopratutto la passiva, è difficile a realizzare. Sorge così il dubbio che non siano gli anticorpi antistafilococcici, così problematici e difficili a rivelare, i veri responsabili dei successi clinici. Le esperienze di laboratorio dell'A. intese a riprodurre nell'animale condizioni analoghe alle stafilococcie umane, dimostrano che non è possibile vaccinare la cavia, sensibilissima a uno stafilococco dimostratosi assai virulento, per via intraperitoneale, che invece è possibile raggiungert un effetto utile per la via sottocutanea e cutanea, e che infine si ottiene l'effetto vaccinante *optimum* con l'applicazione del vaccino sulla pelle rasata. Quando attorno al tronco di una cavia, depilata nella faccia ventrale, si applica una compressa imbevuta di vaccino antistafilococcico, si trova che la resistenza dell'animale all'inoculazione dello stafilococco sotto la pelle è assai rinforzata, tanto da mostrare una lesione cutanea insignificante, mentre il controllo porta sul ventre una larga escara suppurata, e spesso muore per infezione generalizzata. L'immunità dell'animale medicato si stabilisce con una rapidità che non ha confronto con la immunità detta generale, e si manifesta nelle 24 ore che seguono alla medicazione.

L'efficacia della vaccinazione per via cutanea, la rapidità della comparsa della immunità dopo una semplice medicatura, la assenza di anticorpi nel sangue, non sono dei fattori che ravvicinano l'immunità antistafilococcica all'immunità anticarbonchiosa? Questo confronto è ancora più giustificato dalla possibilità di ottenere risultati, più evidenti con l'uso del filtrato di una coltura in brodo di stafilococchi, che dimostra un potere vaccinante specifico superiore a quello dell'iniezione sottocutanea, o intracutanea, dei corpi microbici. Il filtrato, anche riscaldato a 120° conserva le sue proprietà specifiche. L'A. propone di designare la sostanza contenuta nel filtrato delle colture, col nome di *antivirus*. Anche lo streptococco è capace di dar luogo a un antivirus nelle stesse condizioni e con gli stessi effetti notati per lo stafilococco.

I virus ora esaminati, il carbonchioso, lo stafilo- e lo streptococcico, hanno in comune l'affinità per l'apparato cutaneo, che si manifesta sia nell'infezione, sia nella immunizzazione: essi da una parte provocano delle lesioni cutanee gravi, dall'altra, divenuti virus-vaccini, o antivirus-vaccini, spiegano il massimo effetto quando vengono a contatto con la cute. Non si è dunque autorizzati a concludere che la vaccinoterapia non è dovuta alla cooperazione degli anticorpi battericidi, delle opsonine e dei fagociti, ma alla immunità locale dell'organo interessato? I clinici non hanno tardato a ispirarsi a questo concetto e a far saggi sull'uomo con le medicazioni con compresse imbevute di culture filtrate nelle malattie più varie: foruncolo, antrace, patereccio, flemmone, ascesso del condotto uditivo, dacriocistite, blefarite, osteite, osteomielite, pleurite streptococcica, peritonite, febbre puerperale. I clinici debbono pronunciarsi sul valore di queste medicazioni specifiche. I casi assai numerosi osservati finora confermano i risultati delle esperienze sulle cavie: efficacia incontestabile, e superiorità non meno certa delle medicazioni con gli antivirus, sulle iniezioni dei vaccini nel sottocutaneo.

Se nel campo della vaccinazione e della vaccinoterapia l'azione della immunità locale è innegabile per alcuni virus, non si può dire altrettanto per la sieroterapia. Il modo d'azione dei sieri specifici è complesso, ma comunque si ammette che avvenga per la presenza degli anticorpi. L'A. pone ora la questione della possibilità che l'azione degli anticorpi, in qualche siero, sia secondata dalla presenza di una sostanza specifica che agisca direttamente sulle cellule recettive. Si sa, ad esempio, che vi sono dei sieri antistreptococcici di valore terapeutico uguale, ma contenenti anticorpi in proporzioni assai diverse. È ammissibile che, a fianco degli anticorpi, i sieri contengano un antivirus specifico.

Il siero antimeningococcico, il cui tenore in anticorpi è scarso, ha un'effetto curativo indiscutibile, ma, fatto particolare, esso non agisce che nella cavità rachidiana. Si dice che per agire questo siero ha bisogno di essere in contatto con i meningococchi. Ma si potrebbe aggiungere che il siero ha bisogno anche di essere in contatto con le cellule della parete meningea, e che contiene l'antivirus meningococcico che vaccinerebbe le cellule recettive, conferendo loro una immunità locale. L'A. si

affretta a dichiarare che considera questa una ipotesi di lavoro, che ha la sola pretesa di suscitare nuove ricerche.

Vi sono sufficienti dati per concepire il modo con cui si stabilisce l'immunità locale, in seguito alla vaccinazione, e alla vaccinoterapia. In un animale sottoposto alla vaccinazione i fagociti intervengono, digeriscono i corpi dei microbi e liberano l'antivirus che va a raggiungere le cellule verso le quali ha una affinità elettiva. Le cellule recettive combinatesi con l'antivirus divengono refrattarie ad altre combinazioni, cioè a dire vaccinate contro una nuova invasione di virus. Nel caso della vaccinoterapia il processo è quasi identico. Il trattamento non mira alla guarigione delle cellule malate in un organismo che, avendo compiuto il massimo sforzo di cui era capace durante la malattia, non può creare nuovi anticorpi, ma a proteggere le cellule recettive ancora sane, e a renderle inadatte a combinarsi con il virus, circoscrivendo così il focolaio d'infezione.

La concezione finora seguita, per la quale l'esito di ogni lotta fra l'organismo e il virus era subordinato al giuoco di tre fattori, virus, fagociti e anticorpi, deve essere corretta per l'intervento di un quarto fattore, le cellule recettive che partecipano non solo alla infezione, ma anche alla difesa. Diversamente dai globuli bianchi, che si attaccano indistintamente a tutti i virus e a tutti i corpi estranei, queste cellule non entrano in combinazione che con i virus per i quali esse hanno un'affinità elettiva. Questa nozione delle cellule recettive sta alla base della concezione della immunità locale, che è un seguito della dottrina fagocitaria, edificata dal Metchnikoff.

A. P.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

L. CAPPELLI. *Radiumterapia*. Manuale per i medici pratici. Volume di pagg. IX-156. Casa Editrice Luigi Pozzi. Roma, 1924. Prezzo: Lire 18.

Già favorevolmente noto per alcuni originali concetti in radiumterapia, il giovane autore ha fatto con questo volumetto opera veramente utile per la diffusione delle conoscenze intorno al radio ed alle sue virtù terapeutiche. È realmente un manuale per i medici pratici, come porta scritto sulla copertina, e per tutti coloro che desiderano orientarsi sui problemi della radiumterapia, capitolo recente della medicina, ma che verte su problemi oltremodo assillanti, metodo che ha già suscitato tante speranze e tante delusioni, cosicchè chi non se ne occupa di proposito è incerto nel giudizio, e in base a qualche caso isolato di cui ha notizia v'ha chi giudica il radiumterapista un allievo perfezionato di Dulcamara, mentre altri gli chiede la resurrezione dei morti.

Con la maggior semplicità e chiarezza il Cappelli dà le indispensabili notizie di fisica intorno al radio e non accadrà a chi ha letto questo libretto di confondere i raggi emanati dal radio con la emanazione, errore abituale anche a medici al disopra della media; parla della tecnica delle applicazioni, delle dosi e dell'azione biologica, chiarendo i concetti della radiosensibilità e dell'azione elettiva. Passa poi ad esaminare dettagliatamente le applicazioni per le differenti affezioni ove la cura è indicata e per le singole regioni del corpo, con sommarie ma precise indicazioni su modalità dell'applicazione, sua durata e quantità di radio necessaria.

Un capitoletto è dedicato ai rapporti tra radium e chirurgia, e l'Autore, pure essendo giovane ed entusiasta della sua specialità, sa vedere la necessità della collaborazione, cosicchè i due sistemi di cura anzichè essere antagonisti si completino vicendevolmente. Viene per ultima la esposizione del sistema radiumterapico mobile ideato dallo stesso Cappelli e già noto per comunicazioni all'Accademia medica di Roma ed ai Lincei.

In complesso una pubblicazione che in piccola mole contiene quanto di idee generali e speciali sulla radiumterapia ogni medico dovrebbe aver letto almeno una volta, volumetto scritto con onestà, semplicità e precisione e tale da meritare ogni fortuna.

ARTOM DI SANT'AGNESE.

W. BIRK e L. SCHALL. *Strahlenbehandlung bei Kinderkrankeiten*. Urban e Schwarzenberg, 1924. Fr. Sviz. 4.5, pag. 77.

Il lavoro degli AA. è diviso in due parti: nella prima parte vengono trattate le malattie curabili con la luce artificiale (rachitismo, spasmofilia, tubercolosi ghiandolare, peritoneale, ossea, articolare, ecc.), nella seconda parte le malattie curabili coi raggi X (tubercolosi, malattie delle ghiandole a secrezione interna, malattie del sangue, diatesi essudativa).

Ogni capitolo è preceduto da brevi e succose notizie di tecnica che permettono al medico pratico di rendersi conto dei punti più importanti di tecnica: lo svolgimento del lavoro è fatto in forma piana e semplice con brevi conclusioni su quello che è possibile ottenere mediante i vari mezzi di cura. Il libro è raccomandabile non solo ai pediatri e agli specia-

listi, ma anche al medico pratico che può avere un criterio su quanto può attendere dai nuovi mezzi di cura. E. MILANI.

CH. ACHARD et L. BINET. *Examen fonctionnel du Poumon.* — Masson, editore, Paris. Prezzo fr. 12.

L'esame funzionale degli organi rappresenta il progresso della semeiologia moderna, ad essa tende ogni sforzo da parte dei clinici e degli sperimentatori di laboratorio. In verità i resultati, mirabili dal punto di vista biologico, non hanno portato nelle mani del pratico l'utile mezzo desiderato: lo si può affermare in varia misura a proposito del cuore, del fegato, del rene; difatti le indagini per l'esame funzionale devono essere molteplici, spesso di difficile tecnica, non sempre redditizie e nette.

Per il polmone si conoscevano utili elementi di semejotica funzionale, si adopera qualche apparecchio per la misura della capacità respiratoria, ma il clinico finora si contentava d'ordinario di pochi rilievi e spesso grossolani. In questi ultimi anni i mezzi si sono moltiplicati e per l'*esame della meccanica*, e per l'*esame della chimica respiratoria*, sia nei riguardi dell'integrità polmonare, sia per le deduzioni che se ne possono trarre nelle più svariate malattie e specialmente in quelle del ricambio. Achard e Binet raccolgono in un breve e nitido volume, corredato da figure, tutti i mezzi e metodi che la clinica moderna ha a sua disposizione nell'esame e della meccanica e della chimica respiratoria. Anche i primi resultati che si possono utilizzare nella pratica sono chiaramente messi nella giusta luce. L'opera è provvisoria, come già gli AA. confessano (e v'è qualche cosa di definitivo nella clinica?), sopratutto perchè i mezzi d'esplorazione funzionale non sono stati a sufficienza sfruttati a letto del malato: la divulgazione che gli AA. si propongono è opera lodevole ed utile. T. PONTANO.

F. COKE. *Asthma.* J. Wright, Ltd. editore. Prezzo fr. 15.

È una monografia completa sull'asma anafilattico, che per l'A. costituisce l'asma nella sua totale espressione clinica.

Tutta la moderna ricerca, nella quale l'America è all'avanguardia, riguardante l'asma da sensibilizzazione, è minutamente esaminata dall'A.

L'importanza della reazione cutanea, il suo significato e il modo di apprezzarne il valore, la cura con le proteine specifiche, accanto a nozioni non nuove sulla clinica dell'asma, costituiscono l'interesse del libro. Per quanto nelle nazioni dell'Occidente Europeo l'asma sembra avere una minore diffusione che non nell'America, il libro riuscirà utile a chi intenda di ricercare anche tra di noi, sulla direttiva degli autori americani, l'asma da sensibilizzazione. Figure dimostrative e casistica clinica rendono più interessante il volume che si presenta nella abituale veste elegante dell'editore Wright. T. PONTANO.

C. CHIRI. *Patogenesi e cura delle pleuriti.* Pavia, Tip. Bizzoni, 1923.

Del vasto capitolo delle pleuriti l'A. abborda la parte riguardante la patogenesi fermandosi a considerare i fattori fisico-biologici che detta malattia determinano, ma in particolare fermandosi ad illustrare la terapia, troppe volte negletta, sostenitore felice della pneumotoracentesi, di cui confronta l'utilità con l'ausilio di molti casi personali.

Brevi accenni vengono fatti anche della terapia sintomatica, specifica, dell'elioterapia. Una buona bibliografia completa il lavoro.

MONTELEONE.

G. LYON. *Traité élémentaire de Clinique thérapeutique.* Prezzo Fr. 85. Editori, Masson & C.ie, Parigi.

Questo voluminoso trattato di terapeutica giunge alla sua undecima edizione completamente aggiornato.

Su le precedenti edizioni l'attuale ha il vantaggio di nuovi capitoli e di una più ampia indicazione della terapia biologica.

Molto precisa è la descrizione delle manovre tecniche che la nuova terapia richiede.

In complesso un libro completo e di grande utilità per il medico pratico. *Dr.*

U. PAUCHET et A. BÉCART. *Transfusion du sang.* Gaston Doin, éditeurs. Paris.

L'esperienza di migliaia di trasfusioni eseguite dagli AA. durante la grande guerra e negli anni immediatamente successivi, ha dettato questo volumetto: i pratici hanno ciò voluto per i pratici. Le teorie sono elegantemente confinate al secondo piano, mentre quel che interessa direttamente il chirurgo, il medico, lo specialista nei riguardi della trasfuzione sia diretta che indiretta, e cioè: strumentario, indicazioni, controindicazioni, accidenti, ecc., è detto nella forma chiara e semplice cara ai Francesi, utile allo studioso avido di applicare nelle corsie teorie lette o sentite più volte.

Al libro del Pauchet e Bécart dobbiamo augurare la maggior diffusione per la volgariz-

zazione in Italia di metodi curativi eroici che trovano tra noi Italiani i veri pionieri (le prime vere trasfusioni pare rimontino nel 1654 ad opera del medico Francesco Falli), senza ragione troppo obliati.

MONTELEONE.

J. SCHWALBE. *Akute Infektionskrankheiten im Kindesalter.* di H. KLEINSCHMIDT. Lipsia, 1922, Edit. G. Thieme.

È il quinto fascicolo della raccolta di pediatria nell'opera dello Schawalbe. Dopo un'introduzione in cui vengono trattate le manifestazioni dell'infezione in genere e i criteri terapeutici generali, sono trattate le singole malattie raggruppate a seconda dell'organo o del sistema più specialmente colpito. Questo raggruppamento facilita l'esposizione chiara della diagnosi differenziale. Le malattie sono divise in affezioni con prevalente comparteci-pazione degli organi respiratori, e in malattie con prevalente partecipazione degli organi digerenti, malattie esantematiche e malattie con prevalente partecipazione del sistema nervoso. Ogni malattia è divisa in due capitoli riguardanti il primo la diagnosi, il secondo la terapia. Esposti i singoli sintomi caratteristici, sono passate in rivista tutte le altre malattie che possono determinare sintomi analoghi e sono esposti i criterii che permettono di evitare errori diagnostici. I criterii terapeutici sono in generale buoni, presentano però qualche lacuna. La divisione e l'esposizione del materiale rendono il libro utilissimo al medico pratico.

POLLITZER.

A. FIORENTINI. *La malaria nei bambini.* Roma, 1924. Tip. delle Scuole. Lire 12.

Nella patologia del dopo-guerra la malaria occupa un posto eminentissimo, per il pauroso dilagare che ha fatto.

In un periodo quindi in cui con rinnovato vigore si lotta per salvare tante vite umane dal flagello, sarà ben accolta la monografia del Fiorentini, intesa ad esporre le caratteristiche e l'andamento della malattia nei bambini.

In questi, infatti, l'infezione assume spesso delle forme così speciali ed inusitate, che il medico deve ben conoscerle per intervenire con la cura adatta prima che sopraggiunga l'esito letale, o che il parassita si sia annidato profondamente nell'organismo, preparando una sequela di malanni e di debolezze senza fine per l'età adulta.

L'esperienza personale del Fiorentini e la sua ampia conoscenza dell'argomento danno alla monografia un carattere di spiccato interesse, cui giova anche indubbiamente la chiarezza dell'esposizione.

M. FABERI.

G. RAFFAELLI. *L'assistenza sorvegliata dei lattanti.* Tip. A. Mattioli, Borgo S. Donnino, 1924.

Uno degli intenti più nobili che il medico deve prefiggersi è certamente quello di prevenire le malattie dell'infanzia, onde cercare di ridurre in limiti sempre più modesti la grande mortalità dei primi periodi della vita. Utile e bene accetta riuscirà perciò allo specialista e al medico pratico la lettura di questa monogrofia del Raffaelli, che in piccola mole tratteggia esaurientemente tutti i problemi più importanti, riguardanti la patologia e la profilassi del neonato.

Una parte del volume è dedicata alla descrizione delle varie opere di assistenza infantile esistenti in tutta l'Italia, e fa efficacemente risaltare come anche da noi oggi si vadano moltiplicando gli sforzi, per non essere da ultimi in questa gara di alta civiltà.

Il bel lavoro è completato da un ricchissimo saggio di bibliografia sull'argomento.

M. FABERI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia di Medicina di Torino.

Seduta dell'11 luglio 1924.

Presidente: Prof. G. VICARELLI.

Considerazioni su quattro artroplastiche.

FASIANI. — Presenta i buoni risultati ottenuti in quattro operazioni di artroplastica, una per anchilosi fibrosa postblenorragica del ginocchio, una per anchilosi ossea del gomito datante da 10 anni consecutiva ad artrite purulenta, una terza per artrite cronica deformante del ginocchio ed una quarta per artrite deformante della articolazione carpo-metacarpea del pollice.

Esiti lontani dell'operazione di Obalinski.

FASIANI e ANGLESIO. — Riferiscono di avere rivisto 16 casi su 45 operati dal 1895 ad oggi di resezione del piede per tubercolosi col metodo di Obalinski nella Clinica chirurgica e nell'Ospedale Mauriziano. Due pazienti dovettero essere amputati del piede; tutti gli altri ebbero esito favorevole, con deformazione molto piccola nei casi a processo limitato, notevole nei casi in cui furono necessarie ampie demolizioni.

Sull'epidemiologia della febbre maltese: lattoreazione nelle mucche.

BASTAI e CERRUTI comunicano i primi risultati di ricerche tuttora in corso fatte allo scopo di

indagare se il latte di mucche di cascine in cui vi era stato qualche caso di febbre melitense contenesse delle agglutinine per il micrococco melitense. La ricerca riuscì positiva sempre in un certo numero di mucche usando latte fresco in proporzione di 1:20 - 1:60 - 1:80.

Sulla presenza del virus erpetico nel sacco congiuntivale. Sua importanza in patologia oculare.

BUSACCA in due individui senza manifestazioni erpetiche in atto, ma soggetti ad eruzioni di erpete labiale, ha ottenuto colla stimolazione elettrica o chimica della mucosa nasale abbondante secreto lacrimale che concentrato nel vuoto venne inoculato nella cornea di coniglio. In entrambi i casi si ebbe reperto positivo per la presenza di virus erpetico.

BUSACCA. — *Studi sulla struttura e sull'accrescimento del cristallino.*

OMODEI-ZORINI. — *Sopra un caso di aneurisma dell'aorta addominale.*

SERAFINI presenta alcuni interessanti casi clinici di chirurgia articolare.

PIETRO SISTO.

Circolo di coltura di medicina e chirurgia nell'Università di Catania.

Seduta del 28 settembre 1924.

Su di un caso di meningite otitica da pneumococco guarita con iniezioni endocraniche di siero antipneumococcico.

Dott. A. PIAZZA. — L'O. riferisce su di un caso di meningite sopravvenuta in un ragazzo di 13 anni operato di mastoidotemia la otite media purulenta acuta, consecutiva a traumatismi provocati dalla tentata estrazione di un seme di carruba, accidentalmente penetrato nel condotto uditivo esterno.

L'esame del pus della sassa e dell'empiema mastoideo come pure quello del liquor dimostrarono trattarsi di un diplococco capsulato, a tipo lanceolato, che per tutte le sue caratteristiche (morfologiche, culturali, comportamento negli zuccheri, proprietà biologiche e sierologiche) si doveva identificare per il pneumococco di Fraenkel, malgrado il comportamento negativo al Gram.

Dopo 2 iniez. di siero intrarachideo nello spazio di 4 giorni scomparvero del tutto i sintomi meningei e l'infermo trovasi ormai in via di completa guarigione.

L'O. fa rilevare: 1) la grande utilità delle iniezioni endorachidee del siero specifico, che portarono a guarigione il suo infermo, evenienza questa molto rara nei casi di meningite cerebro-spinale di origine otitica; 2) l'importanza di determinare batteriologicamente e nel più breve tempo possibile l'etiologia dell'infezione, per poter ricorrere ad una rapida (e soltanto allora utile) terapia specifica; 3) il particolare comportamento del diplicocco isolato che mentre per i suoi caratteri morfologici e culturali si comportò in maniera uguale al diplococco di Fraenkel, diversamente invece si comportò rispetto al Gram; 4) che il reperto sierologico confermò trattarsi di pneumococco a 1/2 della sierodiagnosi con siero campione.

Sull'uso dei clisteri di emetina nel trattamento dell'epatite amebica colliquata.

Dott. C. PAPPALARDO. — L'A. crede giustificato il concetto che per la cura medica dell'ascesso epatico, la somministrazione per via rettale, dato il rapido riassorbimento dell'alcaloide quale risulta dalle belle ricerche del Mattei ed il suo trasporto al fegato per la via portale, consenta l'arrivo dell'emetina al fegato in concentrazioni multiple di quelle che ora è dato di ottenere con l'introduzione dell'emetina per via sotto cutanea o sanguigna. Queste considerazioni indussero a trattare un ammalato affetto da epatite amebica colliquata, con riscontro di forme mobili e cistiche di entamoeba histolytica nelle feci e nel quale l'epatocentesi nell'8° spazio intercostale sull'ascellare anteriore aveva evacuato 80 cmc. di liquido denso colore feccia di vino inodore con presenza di forme vegetative di entamoeba histolytica di detriti e di rari elementi ematici, con emetina per via rettale. Il trattamento fu ben tollerato apportando rapida scomparsa della febbre, del dolore, dei fatti pleuropolmonari reattivi e riduzione del volume del fegato alla norma in parallelo a spiccato miglioramento delle condizioni generali e aumento di peso.

L'esame delle feci dimostra la scomparsa dell'entamoeba alla fine del trattamento per clistere, scomparsa che persiste tutt'ora. I clisteri furono ben tollerati; solo si notò un rapido abbassamento della pressione arteriosa dopo il 4° clistere (totale 14 cg. di emetina), fenomeno che rapidamente vinto da cardiocinetici, senza impedire la continuazione della cura dimostrò il sicuro e totale riassorbimento dell'alcaloide per la via del retto.

Sindromi tossiche da stovarsolo.

Prof. G. IZAR. — L'A. cita 4 casi di intolleranza dello stovarsolo, adoperato per la cura dell'amebiasi. Eccetto in un caso nel quale predominarono i fenomeni gastro-enterici, negli altri casi la fenomenologia è pressapoco la stessa e non molto dissimile da quella che si osserva in alcuni soggetti in seguito all'iniezione endovenosa di 606 (non di 914) e da quella che si osserva in alcuni casi in seguito all'iniezione di alte dosi di cacodilato come fu illustrato per la prima volta da Sanfilippo nel nostro Istituto; fenomeni cioè tossici con predominio dei fenomeni propri all'intossicazione da arsenico.

I casi sono pochi e osservati a distanza l'uno dall'altro in un gruppo ben più numeroso di ammalati trattati senza disturbo alcuno. Ciò fa pensare ad una minor tolleranza individuale o ad una sensibilizzazione in alcuni casi piuttosto che ad un difetto di fabbricazione o ad una alterazione del prodotto. Ulteriori indagini potranno meglio risolvere il quesito.

IZAR.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

La tosse bitonale.

La tosse bitonale è un sintoma, studiato particolarmente da Marfan e da Combe, che può servire a stabilire la diagnosi ed anche la prognosi dell'adenopatia tracheo-bronchiale nel bambino. Invece di aversi un solo rumore, come nella tosse comune, in quella bitonale, se ne hanno due, distinti, dissonanti, che si producono nello stesso tempo. Uno è un po' grave e come velato, l'altro è più elevato ed ha qualche cosa come di cantante e di fesso. Si direbbe che sono prodotti da due laringi differenti. La tosse può essere presa da un osservatore poco attento per una tosse rauca e solo un orecchio prevenuto distinguerà i due rumori. Raramente si ha ad accessi e si prolunga per 2-3 colpi al massimo. Può essere permanente o transitoria, talora intermittente.

Si osserva soprattutto al disotto dei due anni e specialmente al disotto di un anno. Nel bambino piccolo, è il più spesso il sintoma di una tubercolosi dei gangli bronchiali e deve quindi far procedere alla prova della tubercolina.

Secondo le ricerche di A-B. Marfan (*Journal des praticiens*, 22 luglio 1924), essa sta ad indicare la compressione della trachea o di un grosso bronco, e varia secondo il grado di compressione. Se la tubercolosi gangliare è progressiva, la tosse bitonale continua fino alla morte. Ma, nelle adeniti bacillari, si hanno degli attacchi acuti con congestione, che poi diminuisce; parallelamente decorre la tosse bitonale. In qualche raro caso, questa può essere dovuta ad altra causa di compressione ed è per ciò che la diagnosi si farà essenzialmente con la cutireazione.

La forma comprimente dell'adenopatia tubercolare è spesso progressiva, si estende e si generalizza. Vi sono però dei casi in cui il processo retrocede, specialmente se il bambino ha oltrepassato il primo anno di età. Questa retrocessione sembra favorita dalle iniezioni di olio etereo che l'A. usa da tempo con successo.

S.

La diagnosi della tubercolosi nell'infanzia.

R. Jemma (*Rinascenza medica*, 15 aprile 1924) fa rilevare la grande importanza della diagnosi precoce della tubercolosi, diagnosi che però in alcuni casi si presenta assai difficile, tanto che solo una lunga ed accurata osservazione clinica permette di formarsi un concetto esatto della malattia. Grande peso si deve dare all'anamnesi, indagando se i familiari, i maestri, le persone di servizio sono affetti da tubercolosi. La ricerca non è facile, poichè spesso i parenti non vogliono confessare la malattia o non si rendono conto dei sintomi che presentano; talora poi, come per la sifilide, si può risalire dalla malattia del bambino a quella dei familiari.

La localizzazione del processo nelle ghiandole linfatiche può dare, ma non sempre, manifestazioni cliniche. Non sempre ne soffre lo stato di nutrizione, sicchè il bambino può presentarsi con aspetto florido. Talvolta il bambino ha febbri serotine; prima di pensare alla tubercolosi, occorre scartare la possibilità di rino-faringiti, otiti, pielocistiti.

Nei bambini più grandicelli, la malattia tubercolare si può anche sospettare o diagnosticare dall'aspetto. Si tratta di bambini cresciuti e sviluppati rapidamente, dagli occhi vivaci, intelligenti, con la faccia di aspetto florido; spogliandoli però, si trovano le note dell'abito tisico, che si accentuano man mano che la malattia progredisce. Noi lattanti invece, si deve andar cauti a diagnosticare la tubercolosi dal solo aspetto, poichè l'atrofia da tubercolosi si trova soltanto nei casi di processi floridi ed estesi. Però, già verso la fine del primo anno, si vedono bambini con capelli biondi, sottili, occhi grandi e risplendenti, ipertricosi alla faccia, al dorso ed alle parti estensorie degli arti, in cui la diagnosi di tubercolosi si può sospettare. Se a questi fenomeni generali, si aggiungono febbre, pallore, dimagrimento progressivo, sudori notturni, la diagnosi può ritenersi sicura.

L'esame fisico rende possibile la diagnosi di tubercolosi polmonare o tracheo-bronchiale quando il focolaio ha raggiunto una certa grandezza; se esso è localizzato all'ilo, la diagnosi con i soli mezzi clinici diventa impossibile.

L'adenopatia tubercolare tracheo-bronchiale è più facilmente riconoscibile nei lattanti che nei grandicelli. La tosse pertossoide, la stasi venosa, l'insorgenza di alcuni edemi possono appunto condurre a tale diagnosi, mentre non sono segni costanti e da soli non permettono la diagnosi i seguenti: l'ipofonési delle prime vertebre dorsali, la broncofonia, il soffio in corrispondenza del manubrio dello sterno se la testa del bambino viene ripiegata all'indietro. Scarsa importanza si deve attribuire alla micropoliadenia periferica, nonchè alle

ghiandole linfatiche che si trovano nel IV-V spazio intercostale fra l'ascellare anteriore e la posteriore.

Qualche buon segno può ricavarsi dall'esame della cute (che nel tubercolotico è secca, giallo-grigiastra, talvolta con efflorescenze) e della milza, nell'ingrossamento della quale, allorchè si possa escludere la sifilide, si deve pensare alla tubercolosi. La diagnosi però si deve fare con coscienza e tenendo conto della possibilità che l'infezione tubercolare sia simulata da altre forme morbose.

Un prezioso aiuto può venire dalla radioscopia, che però deve essere interpetrata a dovere. La ricerca dei bacilli di Koch sarebbe il mezzo ideale, ma il bambino, prima dei 6-7 anni non espettora ed i mezzi consigliati per raccogliere l'espettorato in faringe non sono pratici. La ricerca del bacillo nelle feci e nelle urine presuppone l'uso di una tecnica fine.

Grande importanza si deve attribuire alla cutireazione la quale, se è positiva ed il bambino presenta altri sintomi sospetti, è già indice di tubercolosi in atto. La cutireazione negativa, quando si possano escludere la cachessia tubercolare, il morbillo od un prolungato trattamento tubercolinico, deve fare escludere l'infezione tubercolare. Un mezzo assai sensibile per diagnosticare l'attività del processo tubercolare consiste nell'omouroreazione e nella omosieroreazione, che però esigono un laboratorio ben fornito di mezzi. *fil.*

Sulla diagnosi e prognosi delle caverne e sulla prognosi delle tubercolosi gravi.

H. Grau (*Zeits. für Tuberkulose*, fasc. 2, 1924) passa in rassegna le difficoltà che può presentare la diagnosi delle caverne polmonari, confermando che se i rantoli a grosse bolle, i gorgoglii costituiscono i segni più caratteristici della sindrome cavitaria, questi non compaiono sempre nelle tubercolosi gravi con caverne. D'altro canto la radiologia, che rende preziosi servigi per la scoperta di queste caverne, mute all'ascoltazione, non sempre è infallibile. Dal punto di vista della prognosi l'A. espone i risultati dell'osservazione di 233 tubercolosi gravi (3° periodo secondo la classificazione di Turban-Gerhardt) seguiti per due o tre anni dopo l'uscita dal sanatorio. Ecco i risultati come appaiono raggruppati a seconda che i malati presentavano, o no, i rantoli a grosse bolle, durante il soggiorno nel sanatorio:

	Con rantoli a grosse bolle	Senza rantoli a g. b.
Capaci al lavoro	33 %	50 %
Incapaci al lavoro	15 »	18 »
Morti	52 »	32 »

Un altro elemento che ha un significato prognostico importante è costituito dall'età del malato, nel senso che a misura che si avanza nell'età il prognostico diviene più favorevole. Inoltre le osservazioni raccolte dall'A. mostrano, per ciò che riguarda la durata della tubercolosi prima della cura, che quasi nella metà di tutti i casi, e in un po' più della metà dei casi mortali, una tubercolosi progressiva grave si è già manifestata entro sei mesi, un anno, dalla comparsa dei primi sintomi subbiettivi. Non si tratta dunque di tisi croniche con lenta estensione dall'apice alla base, ma di forme gravi fin dall' inizio. È ovvio che la riunione dei tre elementi in questione aggrava particolarmente la prognosi. Così di 26 malati al di sotto dei 20 anni, che presentavano rantoli a grosse bolle, con inizio della malattia non anteriore ad un anno, 22, ossia l'85 %, erano o incapaci al lavoro, o morti.

A. PICCINELLI.

Tubercolosi polmonare e diabete. Trattamento insulinico.

L'opportunità del trattamento con l'insulina dei diabetici affetti da tubercolosi polmonare è stata ripetutamente discussa; e mentre alcuni autori (Banting, Campbell, Ioslin, Allen, ecc.) consigliano l'uso dell'insulina in tali malati, altri (Blum, Chabrol, Sézary, ecc.) ne affermano la controindicazione.

M. F. Rathery e M-lle Dreifus-Sée (*Bulletins et Mémoires de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 3 Juillet 1924) dopo aver ricordato i casi pubblicati, da M. Labbè, Bith e Boulin, di diabete con acidosi complicati da tubercolosi polmonare nei quali il trattamento insulinico ha dato buoni risultati per il diabete senza aggravamento delle lesioni polmonari, comunicano la osservazione di una malata di 26 anni, affetta da tubercolosi evolutiva febbrile e da diabete, trattata con insulina a dosi alte. Questa osservazione permette di rilevare alcuni punti interessanti:

la comparsa di un coma diabetico vero in un diabetico tubercoloso, fatto assai raro, e la guarigione completa del coma per opera dell'insulina ad alte dosi;

l'azione netta dell'insulina sulla glicosuria e sulla escrezione dei corpi cetonici e cetogeni, e il parallelismo costante tra la intensità dei fenomeni clinici e la diminuzione della escrezione dei corpi acetonici;

la necessità di adoperare dosi forti di insulina che nel caso osservato hanno provocato effetti evidenti, però passeggeri e da mantenere quindi quotidianamente;

la diffusione rapida della bacillosi favorita, forse, dall'insulina o per lo meno accentuata dopo il trattamento insulinico.

M. Monnier-Vinard nella discussione seguita alla comunicazione cita il caso di un diabetico di vecchia data con glicosuria elevata (300 gr. al giorno) il quale, sottoposto a cura insulinica per fenomeni di acidosi, ha presentato scomparsa dei corpi acetonici dall'urina e dei fenomeni clinici dopo la quarta iniezione, e dello zucchero dopo la decima, ma è morto, dopo dopo una quindicina di giorni dall'ultima iniezione di insulina, per broncopolmonite tubercolare acuta. L'esame accurato dei polmoni del malato, che non aveva nel passato episodi morbosi respiratori degni di rilievo, non aveva fatto rilevare l'esistenza di lesioni bacillari clinicamente apprezzabili.

M. H. Dufour dice di aver trattato con l'insulina una donna anziana, alla quale la insulina ha fatto rapidamente scomparire lo zucchero dall'urina senza impedirle di divenire tubercolosa sotto gli occhi dell'osservatore e di soccombere alla tubercolosi.

A. PICCINELLI.

Il mare ed i tubercolotici.

Nel consigliare ad un tubercoloso di recarsi al mare, bisogna far distinzione fra soggiorno sul litorale e soggiorno a bordo in pieno mare. Gli antichi conoscevano la influenza benefica dei viaggi marini sui tubercolosi; noi invece, pur constatando che spesso la residenza in riviera pregiudica la sorte dei malati, non teniamo in dovuto conto le differenze atmosferiche che caratterizzano il *clima marino* ed il *clima marittimo* o costiero.

Senza qui dettagliarne le ragioni fisiche, gli AA. dimostrano che in pieno mare si ha minore incostanza di temperatura (4°-5° fra massima e minima); maggiore costanza della pressione barometrica e dello stato igrometrico; maggiore regolarità dei venti. A queste preziose caratteristiche bisogna aggiungere la maggiore *luminosità* e la maggiore *purezza* dell'atmosfera marina.

Al contrario il clima marittimo o costiero è caratterizzato dalla incostanza dei suoi attributi, e quindi non deve far meraviglia se è nocivo per i tubercolosi.

La frequenza e la rapidità della evoluzione della tbc. nella gente di mare non è argomento contrario alla tesi degli AA., perchè essa è dovuta ad altri fattori, inerenti alla vita antigienica di bordo.

(L. Bernard e A. Loir. *La Presse médical*, 16 luglio 1924). PERSIA.

Conseguenze pleuro-polmonari tardive delle ferite del torace.

Il prof. Brelet (*Bull. et Mém. de la S. Méd. des Hôpitaux*, 1924, n. 1) comunica alcune osservazioni riguardanti i postumi di ferite toraciche di guerra, tratte dal ricco materiale che affluisce al Centro di riforma.

Su 34 feriti 13 non presentano alcun segno patologico all'esame clinico, e nessuno o scarsi segni radiologici. Per lo più questi feriti ebbero il polmone attraversato da una palla: ma ce ne sono anche di quelli che, feriti da scoppio di obice, da strapnell, e da granata, sono guariti senza conseguenze apprezzabili.

In un secondo gruppo di 17 feriti vi sono invece manifesti postumi pleurici, retrazioni toraciche, subottusità parziali, zone con murmure ridotto, diminuita mobilità del diaframma.

Tre vecchi feriti presentano lesioni tubercolari, e di questi solo uno con localizzazioni allo stesso lato ferito: due al lato opposto.

Un ferito nel 1916 da palla che gli traversò il polmone destro, ebbe nel 17 un ascesso freddo di origine costale, a sinistra, trovato cicatrizzato nel 23.

Emile Sergent ricorda la rarità della tubercolosi, secondaria alle ferite penetranti del torace e ritiene che la tubercolosi polmonare così detta traumatica non si basa che sugli errori di diagnosi imputabili alla rassomiglianza delle conseguenze tardive delle ferite del torace con gli accidenti della tbc. polmonare. Frequenti invece e ripetibili per lunghi anni sono le emottisi traumatiche. Più che le ferite penetranti, sono le grandi contusioni del torace quelle che predispongono alla tubercolosi. PERSIA.

Contributo alla patologia della dinamica del diaframma.

Lo stato del diaframma è importante in affezioni croniche tubercolari del polmone. Anche indipendentemente da lesioni polmonari il diaframma può però presentare delle anormalità nella sua funzione.

Ontologicamente il diaframma, innervato dal plesso cervicale, fa parte del sistema muscolare del cingolo scapolare; perciò esso partecipa alle affezioni atrofizzanti di origine centrale di questo gruppo muscolare. E frequente la paralisi del diaframma negli ultimi stadii della distrofia muscolare progressiva di tipo Duchenne-Aran.

G. Burghardt (*Münch. med. Wochenschrift*, n. 5, 1924) riferisce un caso di tale affezione in un uomo di 44 anni in cui la paralisi della

metà destra del diaframma costituì un sintomo relativamente precoce. L'autore riferisce poi un caso di paralisi totale del diaframma in un uomo di 48 anni ammalato di siringomielia. La paralisi del diaframma può venire in un certo grado compensata dall'azione della muscolatura intercostale.

POLLITZER.

Il raffreddore e le infezioni associate.

L'importanza sociale del semplice raffreddore è dimostrata anzitutto dalle statistiche le quali dimostrano le enormi perdite che esso cagiona nelle industrie. In un gruppo di 6.700 impiegati assicurati alla Metropolitan Life Insurance Company (rif. in *American Review of tuberculosis*, luglio 1924) vi furono in un anno 2.824 raffreddori, che cagionarono una media di assenze di giorni 2,2 per ogni caso e di giorni 0,9 per tutti gli impiegati. La percentuale dei colpiti fu di 420,7 %, con una perdita totale di 6.233 giorni.

Questa malattia, in cui si includono i raffreddori di testa o corizza, la bronchite acuta e la tracheite, ha due periodi di massima, l'uno durante i primi freddi, dopo l'estate, l'altro durante il periodo del maggior freddo nell'inverno. Specialmente quest'ultimo coincide con la massima frequenza delle polmoniti, ciò che suggerisce una certa dipendenza di una malattia con l'altra. Comunque, è netta la coincidenza delle affezioni respiratorie con le condizioni atmosferiche. Un abbassamento della temperatura di 10° è connesso con un aumento settimanale di 18 raffreddori nel gruppo dei 6.700 impiegati di cui sopra. Altri elementi, come l'umidità relativa e le precipitazioni atmosferiche, mostrano una influenza minima.

L'azione malefica degli abbassamenti repentini di temperatura può essere in certo qual modo compensata, rivolgendo maggiore attenzione alla protezione dal freddo mediante i vestiti, alla ventilazione ed al riscaldamento delle nostre case, degli uffici e luoghi di lavoro in genere e dei mezzi di trasporto; individualmente, l'abituarsi agli sbalzi di temperatura con il così detto «indurimento» sarà di notevole vantaggio. La questione poi della relazione dei raffreddori con le malattie maggiori dell'apparecchio respiratorio, nonchè la connessione delle forme che si sviluppano sul principio dell'inverno con quelle che si hanno durante il colmo di questo ha bisogno di ulteriori studî e potrebbe forse portare ad efficaci misure profilattiche.

fil.

La laringite stridula.

È classico il quadro di questa forma che si osserva in bambini di 2-7 anni, predisposti da una irritabilità nervosa e dallo stato del nasofaringe, trattandosi specialmente di adenoidei. Il bambino, raffreddato da qualche giorno, si risveglia improvvisamente nella notte, con dispnea intensa, inspirazione stridula, ansietà, agitazione; la tosse è rauca ed abbaiante, ma la voce rimane chiara. L'accesso è unico o può ripetersi; dura da qualche minuto ad una-due ore, lasciando talvolta un po' di dispnea, che può far pensare al vero crup. L'esame della gola va fatto con molta prudenza, per non aumentare lo spasmo.

Per il trattamento, E. Feldstein (*Journal des praticiens*, 21 giugno 1924) consiglia: 1) Applicazione di compresse calde al davanti del collo. 2) Mantenere nell'ambiente un'atmosfera umida, facendo bollire dell'acqua in un recipiente largo con qualche foglia di eucalipto od un po' di tintura di benzoino. 3) Dare ogni quarto d'ora fino a cessazione dell'accesso, un cucchiaino della seguente mistura: antipirina, bromuro di potassio ana gr. 1; Sciroppo di belladonna, Sciroppo di fiori d'arancio ana gr. 20; Acqua di tiglio, gr. 50. 4) Se lo spasmo è assai violento, far respirare qualche goccia di etere o di cloroformio sul fazzoletto. 5) Prevenire un secondo accesso mediante instillazioni o polverizzazioni nasali ogni quattro ore di protargolo a 1 % o di olio di eucalipto all'1 %. 6) Se l'accesso si annuncia, tentare di arrestarlo, instillando in ogni narice 2-3 gocce di soluzione di cocaina a 1/30.

All'intubazione ed alla tracheotomia, si ricorrerà solo in casi eccezionali, quando i fenomeni asfittici mettono in pericolo per la loro intensità e per la persistenza. In seguito, si ispezionerà il cavo faringeo e si toglieranno le adenoidi, anche se poco voluminose.

fil.

Nella coriza acuta dei poppanti.

Spalmare nel naso la seguente pomata: Canfora polverizzata cg. 5; Lanolina gr. 3; Vaselina gr. 15.

Tre volte al giorno, mettere in ogni narice, un po' della seguente pomata (per la grossezza di un pisello): Adrenalina una goccia; Cloridrato di cocaina cg. uno; Canfora polverizzata cg. uno; Benzoato di sodio cg. 25; Vaselina gr. 15.

fil.

FEGATO E VIE BILIARI.

Le ricerche di laboratorio nella diagnosi di insufficienza epatica.

Vi sono numerosi procedimenti di laboratorio preconizzati per la diagnosi di insufficienza epatica, ma nessuno di essi ha un valore assoluto, sebbene alcuni possano rendere dei reali servigi. J. Konings (*Le Scalpel*, 1924, n. 26) così li riassume:

Ricerca dei pigmenti e dei sali biliari. — La presenza della urobilina è sempre indizio di un fegato degenerato o deficiente. Queste piccole ritenzioni biliari non sono sempre dovute all'ostruzione delle vie biliari, ma spesso ad una lesione delle stesse cellule epatiche. La ricerca dei sali biliari col metodo di Hay avrebbe secondo l'A. un valore incontestabile e pratico; rammentiamo però che recenti ricerche di Sabatini e Bruno hanno invece dimostrato che tale reazione non è costante, nè specifica.

Glicosuria alimentare. — Si fanno ingerire 150-200 grammi di glucosio, raccogliendo poi le urine durante dieci ore, mentre il malato sta a dieta lattea. Lo zucchero, ricercato col Fehling, compare nelle urine solo se il fegato è insufficiente.

Eliminazione del blu di metilene. — Si fanno ingerire alle otto del mattino due milligrammi di blu di metilene, che non compare nell'individuo normale, ma che invece compare bruscamente se vi è insufficienza epatica. Si raccolgono le urine in quattro bicchieri dalle 8 alle 12; poi dalle 12 alle 16; dalle 16 alle 20 e da quest'ora alle 8 dell'indomani. In casi di insufficienza epatica, si ha presenza del blu talvolta nel primo bicchiere, sempre nel secondo, talvolta nel terzo e nel quarto.

Acidosi. — Ricerca dell'acido-acetico nelle urine col percloruro di ferro e dell'acetone. L'acidosi può essere fisiologica od incurabile (per degenerazione della cellula epatica).

Disturbi della coagulazione del sangue. — Il fegato ha azione sulla coagulazione del sangue (emorragie frequenti nelle affezioni epatiche); le modificazioni del tempo di sanguinamento sono quindi un segno assai precoce e sensibile di insufficienza epatica. Nel normale, l'incisione leggera del lobulo auricolare dà un'emorragia che dura 2-3 minuti al massimo; nell'insufficienza epatica tale tempo è largamente sorpassato. *fil.*

L'arco giovanile della cornea come segno di ipercolesterinemia.

I problemi concernenti l'ipercolesterinemia appaiono sempre più interessanti per il clinico. Si è recentemente richiamata l'attenzione sopra un sintomo di ipercolesterinemia facile a rilevarsi, cioè l'arco giovanile della cornea; sul valore di esso, ha fatto delle ricerche E. Joël (*Klinische Wochenschrift*, 12 febbr. 1924). Quello senile è appunto dovuto all'ipercolesterinemia fisiologica del vecchio e consta di lipoidi, che sono stati riconosciuti come eteri della colesterina; analogamente si hanno depositi lipoidi nell'aorta.

Dallo studio dell'A. risulta che, anche per l'arco giovanile, si deve riconoscere la stessa causa; esso acquista quindi realmente il valore di indicatore del disturbo nell'economia dei lipoidi, ma soltanto quando è bilaterale e nella sua forma caratteristica. Invece, quando esso sia soltanto unilaterale, non può ricondursi all'origine ematogena, ma a processi locali. I soggetti osservati dall'A. non avevano nessun segno di invecchiamento precoce, nè anormalità nelle funzioni biliari, nè nel circolo, nel senso di ateromatosi. Notevole è la differenza con cui si osserva l'arco secondo i sessi; essa però corrisponde a quella che si ha per l'arco senile, che si trova nel 63 % delle donne e solo nell' 89 % degli uomini, ciò che sta in rapporto con la maggior frequenza dell'arteriosclerosi nell'uomo.

fil.

La sifilide ereditaria del fegato.

La lue epatica ereditaria è frequente soprattutto nella sifilide materna non curata e può manifestarsi a varia epoca della vita, sia nella vita intrauterina, sia anche a 30-40 anni. Si possono così distinguere due forme di sifilide epatica ereditaria, la precoce e la tardiva.

Nella forma precoce, il bambino può nascere apparentemente sano ma, verso il terzo mese, cessa di accrescersi e presenta disturbi gastro-intestinali (vomito e diarrea ribelli). Il fegato e la milza sono ingranditi, con margini taglienti, sottili, dolenti alla palpazione. Rari sono l'ittero e l'ascite. Non di rado si hanno manifestazioni emorragiche e frequentemente l'anemia, sia semplice, sia a tipo cloroanemico o con pseudoleucemia. La diagnosi sarà facile allorchè, con emorragie altrimenti non spiegabili e con fegato e milza grossi, si riscontreranno i segni classici della lue ereditaria (periostiti, osteiti, ritardi della dentizione, lesioni nasali, oculari, auricolari, cutanee, mucose). In assenza di tali segni però la diagnosi sarà difficile e si fonderà sulla Wassermann e sui dati anamnestici. La prognosi è assai grave. La terapia sarà la mercuriale; recentemente è stato sperimentato con buoni risultati il bismuto.

La sintomatologia della forma tardiva, come osserva G. Natali (*Riv. critica di clinica medica*, 5 febbraio 1924) è assai simile a quella della lue epatica acquisita. L'inizio è quasi sempre oscuro ed insidioso si hanno distrurbi gastro-intestinali, con perdita dell'appetito e diarrea; dolorabilità all'ipocondrio destro. Rari sono i casi in cui si ha bruscamente itterizia o versamento addominale. La milza è quasi sempre ingrandita; frequente è pure l'albuminuria. Spesso si ha invece l'insorgenza lenta di un lieve subittero e di ascite che, insieme con la dolorabilità del fegato e con i disturbi gastro-intestinali, rappresentano tutta la sintomatologia di questa forma. Nella diagnosi si terrà conto delle stimmate della sifilide ereditaria (denti di Hutchinson, lesioni oculari ed auricolari) deformazioni ossee specialmente della tiba e del cranio, cicatrici cutanee, lombo-glutee, infantilismo, atrofia testicolare, deformazione del naso). Il decorso è molto lento e la guarigione possibile; bisogna però tener conto delle altre eventuali localizzazioni della sifilide ereditaria.

La terapia non differisce da quella della sifilide epatica acquisita.

fil.

Trattamento della cirrosi di Laënnec.

L'alcool va proibito, anche nelle preparazioni farmaceutiche.

Si farà scarso uso dei diastici, pel pericolo di emorragie in un intestino congesto. L'intestino si terrà regolato con mezzi blandi.

Alla dieta lattea (preferibilmente latte scremato) si possono aggiungere farinacei e frutta; talora si può permettere un poco di carne bianca.

Se v'è sifilide, si curerà col cianuro di mercurio per via endovenosa, e col ioduro potassico (2-4 gr. pro die). I preparati arsenicali sono troppo pericolosi per un uso rutinario. Anche all'infuori della sifilide può giovare il mercurio sotto forma di calomelano (ctgr. 1-2 pro die per 15 giorni) e lo ioduro (gr. 2-4 nelle forme a fegato grosso, gr. 0,25-0,50 ad atrofia epatica costituita). La tiosinamina si può tentare, ma senza grandi speranze che faccia regredire la sclerosi.

La cura delle acque è controindicata, così pure i cirrotici non devono abusare degli alcalini.

In certi casi sembra di qualche utilità l'opoterapia epatica (gr. 0.50-1 di estratto insieme con ogni pasto). Contro l'oliguria giova la teobromina; nei casi ribelli si può tentare la digitale in infuso. Sono utili anche le pillole di Lanceraux (digitale, scilla, scammonea), il lattosio (gr. 50-100 al giorno), il nitrato di soda o di potassa (4 gr. pro die, in tisane), o l'infuso di bacche di ginepro (20 gr. in 200 di acqua bollente) da prendere in 4 o 5 volte al giorno, al quale si può aggiungere:

Nitrato di potassio	anagr.	2
Acetato di potassio . . .		
Ossimiale scillitico	gr.	30
Sciroppo delle 5 radici . .	»	35

Anche l'uva passa ha azione diuretica.

La paracentesi va praticata non nel mezzo della linea di Mac Burney (arteria epigastrica!) ma nel suo terzo esterno o interno. Il trequarti è bene abbia un foro laterale. Dopo la paracentesi è bene far decombere l'infermo sull'opposto lato, onde impedire il deflusso di liquido e la conseguente facilità d'infezione del peritoneo.

(*Journ. de méd. et Chir. prat.*, 10 marzo 1924).

DORIA.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Un'originale interpretazione clinica della malattia di Dercum.

Mentre la maggior parte degli endocrinologi considera questa malattia come una sindrome pluriglandolare con lesioni ipofisarie prevalenti, C. P. Waldorp (*Endocrinology*, gennaio 1924), la ritiene dovuta essenzialmente a disordini del diencefalo.

Le ricerche anatomo-patologiche fino ad ora intraprese e riguardanti 12 casi hanno 6 volte dimostrato la presenza di alterazioni a carico dell'ipofisi. Trattavasi per lo più di neoplasmi i cui limiti anatomici spesso oltrepassavano la sella turcica, dando così adito all'opinione dell'A. che in tali casi la sintomatologia, oltre che dalle lesioni ipofisarie, potesse dipendere anche da compressione o metastasi della sovrastante porzione del diencefalo. Nei casi in cui i reperti neoplastici mancano, l'esistenza di lesioni di natura diversa, specialmente di origine arteriosa, sarà da tenersi presente (così gomme, focolai di rammollimento, meningite, idrocefalo del 3° ventricolo).

L'A. cita dati clinici e sperimentali a sostegno della sua teoria. Anzitutto i numerosi casi nei quali venne osservata una sintomatologia da partecipazione del tratto piramidale e sensorio (emiplegia sensitiva) e del talamo ottico (sintomo dolore): lesioni la cui dimostrazione forniranno le ulteriori ricerche anatomo-patologiche. In secondo luogo quanto, per analogia alla malattia di Dercum, si verifica nel morbo di Parkinson che recenti ricerche ri-

connettono, fra l'altro, a lesioni a carico dei nuclei grigi. Appunto in alcune sindromi parkinsoniane vennero testè riferiti casi di obesità transitoria. Ora, in base alla nuova interpretazione dell'adiposità nella malattia di Dercum, conseguenza cioè di lesioni del diencefalo, si spiegano eziandio i sintomi osservati nel morbo di Parkinson o in sindromi parkinsoniane ove la encefalomielite epidemica interessa i nuclei grigi e le zone basali a questi ultimi prossime.

Il caso clinico riferito dall'A. riguarda una giovane donna il cui peso nel periodo di 5 anni era salito da 45 a 123 chili.

L'e. o. rivelava una polisarcia generalizzata a distribuzione prevalentemente ipofisaria, inoltre astenia, disturbi mentali, astenia cardiovascolare, dismenorrea, polidipsia e polifagia. Nell'urina presenza di glicosio. Iperpigmentazioni a tipo surrenale. La presenza di stigmate molteplici e di una precoce angiosclerosi indicavano un terreno distrofico eredosifilitico in pieno terziarismo. L'obesità a tipo Dercum e la glicosuria erano verosimilmente prodotte da lesioni del diencefalo conseguenza di alterazioni delle arterie per angiosclerosi precoce diffusa. Il trattamento dietetico ed antisifilitico apportò sensibile miglioramento.

Concludendo l'A. ritiene che la genesi dei varii sintomi della malattia di Dercum risieda: *a*) per quanto riguarda l'obesità, in disturbi dei centri trofici del diencefalo. Il dolore sarebbe provocato dalla partecipazione del talamo ottico o da fatti di neurite periferica. Un intervento tardivo da parte della tiroide e dell'ovaio nella produzione e nel mantenimento dell'obesità non è da escludersi. *b*) L'astenia muscolare e cardiovascolare può essere attribuita a disturbi surrenali o del sistema nervoso vegetativo centrale o periferico (ad una partecipazione delle surrenali accennerebbero anche le non rare iperpigmentazioni cutanee e mucose). *c*) I disordini psichici (non costanti) possono attribuirsi a stati tossici di origine endocrina o a lesioni encefaliche vere e proprie. M. AGOSTINI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Joduro doppio di emetina e bismuto nella amebiasi. — Al dott. L. A.:

Lo joduro doppio di emetina e bismuto è in commercio sotto forma di compresse contenenti 6 ctgr. di emetina. È fabbricato sia in Inghilterra come in Francia e in Italia.

Lei può esperimentare il bleu di metilene anche nell'amebiasi; ma è bene che sappia che la fama del bleu di metilene come antiprotozoario è una fama per lo meno esagerata.

T. PONTANO.

Ipertrofia della tiroide e cure opoterapiche. — Al dott. M. E. M., Roma:

L'ipertrofia del lobo destro della tiroide, mancando ogni segno di disfunzione endocrina, non è condizione sufficiente per la prescrizione di cure opoterapiche. T. P.

Tartaro stibiato nel kala-azar. — Al dott. M. G., Acquaviva delle Fonti:

Il tartaro stibiato nella leishmaniosi cutanea (Vianna) e nelle leishmaniosi viscerali (Di Cristina e Caronia) va usato *per via endovenosa*. Di una soluzione all'1 % si iniettano come prima dose due cmc. e si raggiungono, praticando in generale l'iniezione ogni due giorni, dosi di tre, quattro, cinque cmc. se i malati sono bambini. Si possono raggiungere dosi più alte (6-7 cmc.) se si tratta di adulti.

La cura va continuata per un mese e mezzo circa, anche per due mesi, se gli effetti utili tardano a comparire. T. PONTANO.

Mercurio ed antimonio nella malaria. — Al dott. N. C., Alghero:

La «*prova pratica*» sulla quale si basa il nostro giudizio sul valore negativo dell'antimonio e del mercurio nella malaria è la *personale esperienza*.

Mentre le discussioni si agitano per la cura della malaria, io penso che convenga al medico pratico ricordare che l'uso di dosi generose di chinino è sufficiente *nel malarico acuto e nel cronico* per avere ragione dell'infezione... purchè il malato curato non si reinfetti restando nel luogo malarico, nel qual caso nessun rimedio curativo è valido.

T. PONTANO.

Scuole di specializzazione. — Al Dott. G. R. da S. S.:

Per ora a Roma non sono istituite le Scuole di specializzazione che, secondo la riforma Gentile, dovrebbero sorgere nelle sedi universitarie per le varie branche medico-chirurgiche; non ci risulta che ne siano state istituite altrove.

A. V.

Cura dell'herpes genitalis. — Al Dott. G. M. da G.:

Non esiste alcuna cura radicale che impedisca le recidive. Sulle eruzioni rapide applicazioni di alcool puro e polveri inerti.

V. MONTESANO.

VARIA

Le influenze astrali sulla salute.

Non v'ha fenomeno, per quanto insignificante nell'apparenza, che non influisca su tutto l'ambiente e quindi, sia pure in misura ridottissima, su tutto l'universo. Questa interdipendenza di tutti i fenomeni dell'universo era stata espressa da D. Berthelot con una frase incisiva; basta che un uomo alzi le sue mani perchè si muti l'intensità della gravità in Sirio, oppure, più modestamente, basta gettare una pietra nella Senna per alzare il livello del mare a San Francisco. E, come le nostre minime azioni possono influire sull'economia generale della natura, non è da escludere del tutto che anche noi stessi possiamo subire la influenza di fenomeni anche lontanissimi. Sotto tal punto di vista, le antiche credenze astrologiche potrebbero pure avere qualche fondamento. Basta del resto pensare che tutta la vita dell' « aiuola che ci fa tanto feroci » è legata alle vicende di un astro che è lontano ben 150 milioni di chilometri, per ritenere non del tutto impossibile che altre forze ignote che i nostri sensi non percepiscono ancora, ci vengano dagli astri ed influiscano in qualche modo sulla terra. L'esistenza delle ultraradiazioni, non direttamente percepite dai nostri sensi, ma capaci di eccitare fenomeni di disintegrazione atomica e di radioattività, con una forza di penetrazione tale da poter attraversare i materiali di costruzione, potrebbe spiegare anche molti fenomeni di cui ci sfugge finora il determinismo. Ci corre assai da queste semplici supposizioni di probabilità alle dottrine astrologiche per cui la prognosi e la terapia ed in genere il destino dell'uomo erano sottomessi all'influsso degli astri; un barlume di verità può però trovarsi in esse, anche rispettando le dottrine della scienza moderna, che forse appariranno ai posteri non meno strane di quanto sembrano a noi quelle medioevali.

Lo studio dell' influenza degli astri sul nostro organismo è stato ripreso ai nostri giorni con i criterii della scienza moderna. Già si era osservata, o per lo meno presunta, l'influenza delle macchie solari su molti fenomeni terrestri, fra cui anche su quelli elettrici. Vallot, direttore dell'Osservatorio del Monte Bianco, ha ora emesso la teoria dell'influenza delle macchie solari sui sintomi morbosi nelle malattie croniche, suffragandola con le osservazioni di due medici, Sardou di Nizza e Faure di Lamalou. I tre collaboratori continuarono le loro osservazioni per un periodo di nove mesi, lavorando indipendentemente senza mai comunicarsi i risultati delle loro investigazioni. Alla fine, si potè verificare che il passaggio delle macchie solari al meridiano coincideva esattamente con l'aumento dei sintomi morbosi e con aggravamento generale. Le osservazioni vennero comunicate all'Accademia delle scienze di Parigi, che prestò particolare attenzione ad esse ed alla teoria generale sulle relazioni fra fenomeni astrali e risposta psichica.

Il campo per ulteriori investigazioni è assai vasto e permette ogni sorta di fantasie speculative in questa curiosa e nuova collaborazione dell'astronomo col medico. Ma è facile prevedere che le conclusioni, se pur se ne potranno trarre, rimarranno per un pezzo ai margini della scienza al pari delle osservazioni non meno incerte e nebulose della così detta metapsichica. *fil.*

La durata della vita umana.

Molti credono che la durata della vita umana sia venuta riducendosi. Ora, se si eccettuino i *records* e le leggende, questa asserzione è assolutamente erronea. Secondo i dati più attendibili la media della vita a Roma, sotto i Cesari — scrive la *Petite Gironde* — era di 18 anni, tenendo conto della grande mortalità infantile, e in Francia prima della Rivoluzione era da 28 a 29 anni. Ma è solo da cinquant'anni che si posseggono delle precise statistiche sulla mortalità generale e secondo le età, le malattie, le professioni. Ebbene: il prolungamento della durata media della vita umana in questo mezzo secolo risulta davvero straordinario.

Ma la media della longevità cresce regolarmente da secoli. Per formarsene un'idea basta prendere la durata della vita degli uomini celebri: si arriverà ad una curva d'insieme assolutamente dimostrativa. Un'altra prova di questo aumento della durata della vita, si trova nelle statistiche delle società di assicurazione sulla vita. Se ne ha un'altra nell'ingombro degli ospizi dei vecchi, dove si muore molto meno che una volta e dove i posti si fanno sempre più rari.

È evidente che tutto ciò è una conseguenza dei miglioramenti introdotti nell'esistenza e dell'igiene praticata negli ambienti più vari.

Anche la letteratura, che è lo specchio della vita, conferma tale assioma. Molière chiama « vecchio barbone » un uomo di quarant'anni e i padri nobili della commedia del Medio Evo e del teatro spagnuolo ci vengono presentati di un'età non superiore ai 45 o 46 anni. Balzac poi, ha espresso nei suoi romanzi, le angoscie della donna di trent'anni, che vede declinare la sua goventù. Simile sconforto assale adesso se mai, le donne che hanno oltrepassata la cinquantina!

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Contro l'eccessiva pressione fiscale.

L'Associazione medica di Catania ha presa la iniziativa di un'azione collettiva contro le tasse esorbitanti a carico dei medici.

Il prof. Ughetti ha inviato al riguardo una lettera al Presidente di detta associazione. Egli mette in evidenza tutte le difficoltà, i sacrifici che incontra chi eserciti la medicina, e che sono di gran lunga superiori a quelli che si incontrano in altre professioni. Gli agenti delle tasse non tengono conto delle grandi passività richieste dal decoro professionale o dalla necessità di istruzione continua. Le tasse sono applicate unicamente in base al criterio degli introiti presunti, o quel che è peggio in base a fittizie apparenze indispensabili al prestigio della professione. Le tassazioni poi in base ad un ipotetico aumento degli introiti dei medici negli ultimi anni sono un non senso, essendo risaputo che l'aumentato numero dei medici, mentre ha ridotto l'attività di ciascuno di essi, ha contribuito per effetto di concorrenza a ridurre sensibilmente gli onorari.

Ufficiali sanitari provvisori liberi esercenti.

Recentemente si sono riuniti in Napoli gli ufficiali sanitarii provvisorii liberi esercenti, in rappresentanza dei Colleghi delle varie Provincie; sentita l'opera finora svolta da apposito Comitato presieduto dal dott. Antonio Libertini nell'interesse della classe, hanno approvato ad unanimità il seguente ordine del giorno e nominata una Commissione di vari colleghi affidandole l'incarico di recarsi ad esporre a S. E. Federzoni ed al Direttore Generale della Sanità Pubblica i propri desiderata:

« Gli ufficiali sanitari provvisori liberi esercenti delle varie provincie, riuniti in Napoli il 9 dicembre 1924, per discutere in merito all'attuale loro stato, presa visione dell'istanza già inviata a S. E. Federzoni, ed alla Direzione Generale della Sanità Pubblica, si rivolgono all'E. V. perchè accolga i desiderata della classe qui esposti.

« 1) Sospendere senz'altro la formazione dei Consorzi che importano il licenziamento degli ufficiali sanitari provvisori liberi esercenti in carica, e ciò nelle provincie, dove tale determinazione già presa è in via di attuazione, come per quella di Napoli.

« 2) Estendere a tutti indistintamente gli ufficiali sanitari provvisori liberi esercenti, nominati prima e dopo il maggio 1915, il decreto del 29 aprile 1923, riguardante il conseguimento della stabilità, mediante il parere favorevole delle autorità prefettizie, ed in ogni modo, riconoscere a tutti gli ufficiali sanitari provvisori liberi esercenti che non conseguiranno la stabilità, il diritto di concorrere senza limiti di età come già vige per i medici condotti (art. 27 del regolamento 19 luglio 1906) ».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AQUILA. *Congreg. di Carità.* — Aiuto chirurgo e aiuto medico nell'Osped. Civile di S. Salvatore; L. 3600 lorde annue. Due assistenti medici; L. 3000 lorde annue. Titoli ed esami. Scad. ore 12 del 5 genn. Serv. entro 15 gg. Chiedere annunzio.

BELLUNO. — Direttore dispensario celtico; lire 3000. Scad. 30 dicembre.

BELLUNO. *Ospedale Civile.* — Direttore del Gabinetto Radiologico; L. 6220 e 4 aumenti decimo, c.-v.; compartecipaz. utili. Scad. ore 17 del 26 dic. Tassa L. 50. Serv. entro 15 gg.

BRONI (*Pavia*). *Osped. Civile.* — A tutto il 10 gen., medico direttore; L. 7.000 e 4 quadrienni decimo; c.-v. in L. 100 mens. Età mass. 44 a.

COPPARO (*Ferrara*). *Ospedale Civile Mandamentale.* — Chirurgo primario; vedi fasc. 50 Scad. 31 dicembre.

COTRONE (*Catanzaro*). *Congreg. di Carità.* — Chirurgo primario direttore dell'Osped. Civ. « San Giovanni di Dio »; L. 6000 e 50 % proventi derivati da interventi chirurgici. Scad. 31 dic. Età mass. 55 al 31 ott. Chiedere annunzio.

FANO (*Pesaro Urb.*). — Chirurgo condotto primario; vedi fasc. 50.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. M. N. e Stabil. Riuniti.* — Aiuto e due assistenti specialisti per il Reparto Tubercolotici a Careggi; età lim. rispettiv. 35 e 30 anni; nom. e conferma biennali; L. 5250 e L. 5000 rispett.; c.-v.; laurea da 4 anni e 2 anni di servizio effettivo in Ospedali o Cliniche. Scad. ore 18 del 10 genn. Serv. entro 15 gg.

GENOVA. *Istituto Maragliano.* — È aperta l'iscrizione a due posti di assistente volontario ed a quattro posti di studio gratuiti. Gli assistenti volontari restano in funzione dal 10 gennaio al 30 luglio 1925 ed hanno l'obbligo di prestare l'opera loro nei laboratori dell'Istituto. Non hanno retribuzione, ma viene loro concessa la facoltà di usare il materiale scientifico ed i mezzi occorrenti per le particolari loro ricerche.

Per i posti di studio non vi sono limiti di permanenza; ai titolari è concessa la facoltà di usufruire gratuitamente quanto loro occorre per procedere a tutte le ricerche speciali che credessero di fare sotto la guida della Direzione. Scad. 31 dicembre. Domanda alla Direzione, in via Montallegro 48, corredata dei documenti che gli aspiranti crederanno utile presentare. Indicare l'epoca della conseguita laurea e l'Istituto in cui fu conseguita.

MONTEFELCINO (*Pesaro Urbino*). — Proroga al 25 dicembre.

PAULARO (*Udine*). — Scad 31 dic.; L. 7.000 e doppio c.-v., oltre L. 2.500 cav., L. 600 uff. san., addiz. L. 3 oltre 1000 pov. Tassa d'ammissione L. 50,10.

PREGANZIOL (Treviso). — A tutto 10 gennaio, ore 12. Stip. L. 8000, c.-v., mezzo trasp. L. 3500, uff. san. L. 700. Situazione famiglia. Tassa L. 50. Capitolato in corso approvaz.

SELVA DI CADORE (*Belluno*). — Consor. con Colle S. Lucia; L. 10.000 oltre L. 400 uff. san.; tariffe non poveri, serv. entro 15 gg. Scad. 31 dic.

S. MARTINO DELL'ARGINE (*Mantova*). — Scad. 31 dic., L. 9000 e 5 quadr. decimo; indennità integrativa L. 2.400; trasp. L. 1.500.

S. MINIATO (*Firenze*). — Per Cigoli; L. 6.000 e 8 trienni decimo. Scad. ore 18 del 30 dic. Età lim. 35 a. Tassa L. 50 all'Esattoria Com.

SULMONA (*Aquila*). — Zona occidentale; L. 6000 per 1000 pov. su 7000 abit., 4 quinq. decimo e quota complement. attualm. di L. 3000. Scad. 31 dic. Età lim. 45 a. In corso d'approvaz. miglioramenti.

CONCORSI A PREMIO.

MILANO. *Reale Società Italiana d'Igiene.* — Concorso per un opuscolo inedito di propaganda antialcoolista, destinato alle classi operaie, che illustri in forma piana, semplice, ordinata ed attraente (eventualmente anche con figure) i principali danni derivanti dall'abuso dell'alcool. Il premio consiste in una medaglia d'oro del valore di circa lire cinquecento, sulla quale verrà inciso il nome del vincitore del premio e la dicitura: «Premio della Reale Società Italiana d'Igiene». Presentare entro il giorno 31 maggio 1925 alla Segreteria gli esemplari dell'opera in duplice copia dattilografata, contrassegnata da un motto ripetuto in busta chiusa e sigillata.

Per ulteriori schiarimenti rivolgersi alla Segreteria, via S. Paolo n. 10, per lettera, o al giovedì dalle 21 alle 22.

NOTIZIE DIVERSE.

Problemi sanitari alla Società delle Nazioni.

Il rappresentante del Giappone visconte Ishii, ha letto una lunga relazione sui lavori della III Sessione del Comitato d'igiene tenuta a Ginevra nell'ottobre scorso, relativamente all'attività finora svolta dal Comitato stesso e del programma che esso intende svolgere nel 1925, dello studio dei provvedimenti da prendersi in materia di igiene pubblica, della lotta contro la tubercolosi e dello studio della malattia del sonno nell'Africa equatoriale. Il visconte Ishii parla poi della istituzione di un servizio di informazioni epidemiologiche a Singapore, delle ricerche della Commissione per lo studio del cancro, della Commissione della malaria, presentando al Consiglio l'invito dell'Italia alla organizzazione d'igiene della Società, a farsi rappresentare al primo Congresso internazionale della malaria che si terrà a Roma nella primavera del 1925. Trattò poi delle iniziative della Croce Rossa da raccomandare all'appoggio della S. D. N., una delle quali riguarda la costituzione di una Federazione internazionale di mutuo soccorso alle popolazioni colpite da calamità, progetto dovuto all'iniziativa del sen. Ciraolo, presidente della C. R. I.

Una relazione del rappresentante della Svezia sul traffico dell'oppio e degli stupefacenti fu attentamente ascoltata dal Consiglio, che si riservò di deliberare in proposito.

La sanità pubblica al Senato.

Il Senato del Regno ha approvato tutti i capitoli relativi alla Sanità pubblica, dopo brevi rilievi. In sede d'interrogazione il sen. Marchiafava raccomandò la lotta contro le bevande alcooliche; l'on. Federzoni dette assicurazione che è suo fermo intendimento di provvedere, limitando la concessione delle licenze, in modo da riassorbire gli spacci di bevande alcooliche in eccedenza.

Ad una interrogazione del sen. Garofalo sull'insegnamento sessuale nelle scuole, divenuto scandaloso, vero attentato alla moralità, al decoro e alla decenza della scuola, l'on. Federzoni ha risposto di aver preso le disposizioni opportune a carico dei capi d'Istituto responsabili.

L'inaugurazione dell' Università di Milano.

L'inaugurazione ufficiale dell'Università milanese ebbe luogo l'8 corr. al Castello Sforzesco. Assistevano alla cerimonia le rappresentanze delle Università di Roma, Bari, Bologna, Camerino, Ferrara, Macerata, Messina, Napoli, Padova, Palermo, Pavia, Perugia, Pisa, Siena, Torino, Urbino, dell'Università Bocconi di Milano, dell'Università cattolica di Milano e altre ancora. Numerosissimi i telegrammi inaugurali da parte di Università straniere.

Parlò per primo il rettore magnifico, sen. Mangiagalli; poi presero la parola il prof. Severi, rettore dell'Università di Roma, il poeta ticinese Chiesa, il rettore dell'Università di Losanna in

rappresentanza di tutte le Università della Svizzera, l'ambasciatore dell'Argentina, i rappresentanti delle Università di Praga, di Budapest e di Sofia, quindi il sen. Baldo Rossi, presidente del Comitato cittadino e professore di clinica chirurgica all'Università di Milano. Il sen. Rossi consegnò al Rettore una mazza di onore, artistico lavoro che porta gli stemmi in smalto delle varie città italiane, sedi di Università e una iscrizione che dice: «A Luigi Mangiagalli, promotore e primo Rettore magnifico dell'Università di Milano, i milanesi». Infine il Ministro Casati portò il saluto del Governo.

L'inaugurazione venne annunziata al Senato dall'on. Mussolini.

Corso di perfezionamento in igiene.

Un corso trimestrale per aspiranti alla carriera sanitaria avrà luogo nell'Istituto d'Igiene di Torino, a partire dal 3 gennaio, svolgendo i programmi approvati con D. M. 15 sett. 1924; tassa L. 450; sopratassa, ecc. L. 85; scadenza delle domande 27 corr.

***

Un corso bimestrale avrà luogo a Roma a partire dal 1° febbraio; condizioni solite; tassa lire 300,50; sopratassa L. 76,20; posti 120 (essendosi allestiti nuovi locali per le esercitazioni).

Il servizio sanitario della Cassa nazionale assicurazioni sociali.

Si è in questi giorni riunita presso la Sede Centrale della Cassa nazionale per le assicurazioni sociali la Commissione consultiva medica, per discutere sulla organizzazione del servizio sanitario, ai fini specialmente della prevenzione e cura della invalidità, che è compito importantissimo dell'Istituto dopo quello principale di assicurare ai lavoratori le pensioni di invalidità e di vecchiaia.

Dopo aver determinato le norme da proporre al Comitato esecutivo per l'assunzione di un primo nucleo di medici da adibire ai servizi sanitari della Cassa, la Commissione ha tracciato le linee fondamentali di un programma di preparazione specifica delle *assistenti sanitarie di fabbrica*, per le quali ha ritenuto doversi richiedere un minimo di cultura generale, una speciale preparazione infermieristica in scuole-convitto o nelle apposite istituzioni della Croce Rossa, e la frequenza di uno speciale corso di lezioni sulla legislazione sociale, che dovrebbe tenersi a cura della Cassa Nazionale presso la Sede centrale e presso alcune delle sue sedi provinciali. A tale corso potranno essere ammesse le infermiere diplomate. La Commissione ha espresso il convincimento che al programma citato di preparazione tecnica delle assistenti sanitarie gli altri enti di previdenza daranno piena adesione.

In ordine al problema della assistenza sanitaria della maternità, opportunamente collegato a quello delle assistenti sanitarie di fabbrica, la Commissione ha deliberato di proporre l'attuazione in via provvisoria e sperimentale di uno speciale corso di preparazione specifica presso le Cliniche ostetrica e pediatrica della R. Università di Milano.

Esaminato poi il problema della statistica sanitaria, la Commissione ha ritenuto che la classificazione nosografica debba necessariamente inspirarsi a criteri di comparabilità internazionale, e, discutendo infine di altri problemi particolari, ha affermato la necessità di tener conto, nella impostazione dei grandi problemi a carattere nazionale, di tutte le esigenze regionali che possano conferire particolari caratteristiche all'azione da svolgere.

Per la lotta contro il cancro.

Si è riunito a Roma, nei locali della Sede Centrale dell'Opera Nazionale Invalidi di guerra, il Consiglio Direttivo della «*Lega Italiana contro il cancro*»; presenti: il sen. Lustig, presidente; il prof. R. Bastianelli, v. presidente; il prof. Lusena, segretario generale; i proff. Biaggi, Fichera, Gallenga, Maurizio Ascoli, Forni, Viola, Sfameni, Belfanti, Radaeli, Bertolotti e l'on. Frisoni.

Fu data comunicazione, col plauso dei presenti, della contribuzione di L. 50.000 per parte dell'Istituto Sieroterapico Milanese per cooperare all'istituzione di centri diagnostici per l'accertamento precoce del cancro.

Inoltre furono presi accordi definitivi con l'on. Frisoni perchè l'erigendo Istituto Nazionale per lo studio e per la cura del cancro, sorga sotto gli auspici della Lega in pieno accordo con essa e con la Croce Rossa Italiana.

Il Consiglio Direttivo ha provveduto anche all'esecuzione di un programma immediato per una efficace propaganda da svolgersi in tutto il Regno affinchè sia nota la curabilità del male se a tempo riconosciuta. Ha stabilito altresì la necessità dell'istituzione di Comitati Regionali e provinciali (esistenti in parte) che cooperino alla propaganda, in pieno accordo col Consiglio Direttivo, diffondendo le conoscenze tra tutte le categorie di persone interessate alla lotta.

Per l'istituzione di detti Comitati ha deliberato di prendere accordi con la Croce Rossa Italiana e con l'Associazione Nazionale di Igiene.

Le adesioni alla Lega si riceveranno provvisoriamente presso l'Economo dell'Opera Nazionale Invalidi di Guerra, in Via Alberico II, 4-B - Roma (13).

Lega italiana contro il pericolo sessuale.

Il 28 novembre si adunò il Comitato Direttivo della Lega Italiana contro il Pericolo Sessuale, nella Sede dell'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale, diretto dal prof. Ettore Levi. Erano presenti: il Presidente prof. Bosellini, ed i Consiglieri proff.: Pietro Capasso, Ettore Levi, Aldo Mieli, Vincenzo Montesano.

Il Segretario Generale prof. Montesano ha comunicato che i Direttori delle principali Cliniche Dermosifilopatiche Italiane hanno accettato la generosa offerta fatta dalla grande Associazione Americana di Igiene Sociale, all'Istituto Italiano di Igiene, di distribuire a tutte le Cliniche la

propria Rivista, i proprii Atti, e le films cinematografiche di educazione sessuale, che essa aveva in precedenza messo a disposizione dell'Istituto.

È stata discussa e messa allo studio l'istituzione in Roma di un Consultorio Prematrimoniale, gratuito, a somiglianza di quanto si sta facendo a Milano.

Sono state decise indagini sul funzionamento dei servizi di ispezione dermosifilografica e sul rendimento sociale dei nuovi dispensari, stabiliti in base alla recente legge.

Sono stati fatti importanti rilievi che saranno comunicati al Direttore Generale di Sanità, sulla utilità della cura gratuita mediante i medicamenti arsenicali e in genere sulle provvidenze che possono favorire la lotta contro il pericolo sessuale in Italia.

È stato deciso di aderire al prossimo Congresso della Società di Studi Sessuali ed alla Riunione Internazionale sull'origine e sulla storia della lue, che avrà luogo nella prossima primavera a Torino, nonchè al Congresso sulla lue ereditaria, che avrà luogo a Parigi nel prossimo anno.

La prossima riunione avrà luogo alla fine del dicembre corrente.

Dispensario psichiatrico milanese.

Dalla Sezione lombarda della Lega italiana di profilassi e igiene mentale (con sede presso la Biblioteca Biffi dell'Ospedale Maggiore di Milano) è sorto un Dispensario psichiatrico milanese, per l'assistenza ai neuro-psicopatici. Con le visite domiciliari si avvia alla formazione di quelle «psichiatric social workers» che già in America esplicano efficace attività.

Studenti turchi all'Università di Roma.

Per decisione del Ministero della P. I. turca un centinaio di studenti turchi termineranno i loro studi nelle varie Università europee. Trenta studenti turchi sono stati destinati all'Università di Roma.

Indice alfabetico per materie.

FINE DEL VOLUME XXXI (*Sezione Pratica*).

Il fascicolo 52 contenente il frontispizio e l'indice generale sarà spedito nella prossima settimana.
Il 1° fascicolo dell'annata XXXII, uscirà il 5 gennaio 1925.

Roma, 1924 — Off. Tip. Sandron. V. ASCOLI, resp.

ALTRI ABBONAMENTI CUMULATIVI con "il POLICLINICO,, pel 1925

Rivista di Clinica Pediatrica

La Rivista di Clinica Pediatrica, periodico mensile illustrato, si pubblica a Firenze.

Fondata dai proff. **Giuseppe Mya** e **Luigi Concetti** nel 1903, non ha mai interrotto le sue pubblicazioni, anche nei momenti più difficili della guerra e dell'immediato dopo guerra. È ora diretta dai proff. **CARLO COMBA, G. B. ALLARIA, CARLO FRANCIONI, DANTE PACCHIONI**, ordinari di Clinica Pediatrica rispettivamente a Firenze, Torino, Bologna e Genova.

Continuando a pubblicare memorie originali, la *Rivista di Clinica Pediatrica* nel 1925 darà speciali cure alla rubrica della rassegna della stampa preoccupandosi di fornire al lettore una raccolta, per quanto è possibile completa, di ciò che si pubblica in Italia ed all'Estero, intorno alle malattie dei bambini. Essa si preoccuperà delle importantissime questioni sociali che hanno rapporto coll'infanzia e ne terrà informati i suoi lettori.

Sarà poi corrisposto alle esigenze dei medici esercenti mediante la trattazione di argomenti e la raccolta di notizie, che hanno attinenza più stretta colla pratica professionale.

La *Rivista di Clinica Pediatrica* nel prossimo anno migliorerà ancora la sua elegante e nitida veste tipografica ed aumenterà di oltre un terzo il contenuto dei suoi fascicoli mensili.

Abbonamento annuo: per l'Italia L. **40** — per l'Estero L. **80**. Per gli associati al «Policlinico»: per l'Italia sole L. **36** — per l'Estero sole L. **73**.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle

Il più antico periodico della specialità in Italia ed all'Estero, fondato dal dott. cav. **G. B. Soresina** nel 1866, pubblicato dal dott. **AMBROGIO BERTARELLI** con la collaborazione di tutti i professori delle Cliniche Dermosifilopatiche italiane. Si pubblica ogni due mesi, in sei ragguardevoli fascicoli bimestrali, riccamente illustrati, e raccoglie l'attività che si svolge in Italia ed all'Estero nel campo della Dermosifilopatica con la pubblicazione sia di lavori originali che di numerose, selezionate recensioni. Pubblica altresì gli atti della Società Italiana di Dermatologia e di Sifilografia. È l'unico periodico della specialità in Italia.

Abbonamento annuo pel 1925: per l'**Italia** L. **70**. Per gli associati al «Policlinico»: per l'**Italia** sole L. **65**.

Annali d'Igiene

Periodico mensile diretto dal prof. sen. **GIUSEPPE SANARELLI** della R. Università di Roma. Accoglie **memorie originali, studi riassuntivi, questioni del giorno** e una densa rubrica di **recensioni**, che rispecchiano tutto il movimento igienico internazionale; reca informazioni di **legislazione, amministrazione** e **giurisprudenza sanitaria** e **notizie varie**

In densi fascicoli illustrati e corredati di tavole.

Gli «Annali d'Igiene» pubblicano anche ricche *monografie*, in forma di «Supplementi», e ne fanno dono agli abbonati.

Abbonamento annuo: Italia L. **40**; Estero L **60**. Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **36**; Estero L. **55**. Ai medici condotti associati al «Policlinico» gli «Annali d'Igiene» sono offerti al prezzo di eccezionale favore di L. **30**; ma per ottenere ciò essi dovranno rivolgersi **esclusivamente** alla nostra Amministrazione, in via Sistina, 14.

A richiesta si invia gratis numero di saggio

"Difesa Sociale,,

Rivista mensile dell'ISTITUTO ITALIANO d'IGIENE, PREVIDENZA ed ASSISTENZA SOCIALE, fondata e diretta dal Prof. ETTORE LEVI

Organo Nazionale di Documentazione, di Propaganda e di Coordinazione

Sotto l'alto Patronato di S. M. il RE - Sotto gli auspici della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali

È la sola Rivista italiana che riassume il movimento nazionale e internazionale in rapporto ai seguenti problemi: Abitazione, Alimentazione, Educazione, Lavoro, Igiene, Previdenza e Assistenza Sociale. Essa desume le proprie informazioni da relazioni dirette coi Ministeri competenti delle varie nazioni, nonchè dallo scambio con oltre 1200 Associazioni e con 400 Riviste.

Abbonamento Annuo: Italia L. **25** - Estero L. **50** — Per gli associati al "Policlinico„ Italia L. **22** Estero L. **47**.

Numeri di saggio verranno inviati su richiesta

"La Stomatologia,, - Periodico mensile

Organo ufficiale della Federazione Stomatologica italiana

Fondato nel 1902 dalla Federazione, oltrechè tenere al corrente il lettore di tutti i moderni progressi scientifici e pratici della specialità, si occupa degli interessi professionali della classe degli stomatoiatri italiani.

È diretto dal prof. **Alessandro Arlotta** e vi collaborano i più eminenti cultori italiani della specialità.

Abbonamento annuo per l'**Italia** L. **60** - Per gli associati al «Policlinico»: Per l'**Italia** sole L. **54**.

La Salute e l'Igiene nella Famiglia

Questa interessante rivista si è ormai affermata brillantemente sia in Italia che nelle nostre colonie all'estero per l'utilità del suo contenuto. Essa è diretta dal dott. ESCHILO DELLA SETA e vi collaborano parecchi valorosi colleghi. LA SALUTE E L'IGIENE NELLE FAMIGLIE è una lettura gradita per la sua varietà scientifica alla portata di tutti e grandemente proficua.

L'abbonamento annuo per l'Italia, costa L. **12** — Per gli associati al «Policlinico» sole L. **10**.

Inviare Vaglia Postale al Cav. LUIGI POZZI, Via Sistina, 14 - ROMA